

Vektlegging av alvorlighetsgrad ved prioritering i helsevesenet

Mohammad Amer Ali



Masteroppgave for graden Master i farmasi

Avdeling for farmasi

Farmasøytisk institutt

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

November 2013

Vektlegging av alvorlighetsgrad ved prioritering i helsevesenet.

Mohammad Amer Ali

Masteroppgave i legemiddeløkonomi for graden Master i farmasi

Avdeling for farmasi, Farmasøytisk institutt

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet

Universitetet i Oslo

Veileder:

Erik Nord

Seniorforsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt

Professor i legemiddeløkonomi ved Universitet i Oslo

November 2013

© Mohammad Amer Ali

2013

Vektlegging av alvorlighetsgrad ved prioritering i helsevesenet

Mohammad Amer Ali

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Forord

Denne oppgaven ble utført i perioden november 2012 til november 2013 ved avdeling for samfunnsfarmasi under veiledning av Erik Nord, seniorforsker ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt og professor i legemiddeløkonomi ved farmasøytisk institutt ved Universitet i Oslo.

Først og fremst vil jeg takke Gud.

Jeg vil takke min veileder Erik Nord for all veiledning og hjelp under masteroppgaven.

Jeg vil også takke alle intervjupersonene som deltok i denne studien, og som bidrog til at jeg kunne utføre denne oppgaven og funnet de resultatene jeg har fått.

Takk til alle venner for støtten. Jeg setter stor pris på alle støttemeldinger og samtaler jeg hadde med dere under studietiden.

Deretter vil jeg takke mine søsken som har støttet meg igjennom hele min studietid. Jeg setter stor pris på deres motivasjon og støtte.

Videre vil jeg takke de viktigste personene i mitt liv, mamma og pappa! Jeg har ikke ord for deres bidrag igjennom hele min studietid og ikke minst under hele masteroppgaven. Denne masteroppgaven er dedisert til dere. Tusen takk skal dere ha!

Lørenskog, november 2013

Mohammad Amer Ali

Sammendrag

Legemiddeløkonomiske analyser som gjøres av Statens legemiddelverk i forbindelse med forhåndsrefusjon for legemidler (blåreseptordningen) baseres på en avveining mellom tilstanders alvorlighetsgrad, nytten av tiltak og tiltakenes kostnader. Nytteten av tiltak beregnes i kvalitetsjusterte leveår (QALYs), kostnader i kroner, mens alvorlighetsgraden tas med i betraktningen som et uformelt tilleggsmoment i en samlet vurdering. En slik analyse kalles for ”cost-utility-analysis” (CUA). Legemiddelverket er interessert i å komme frem til en mer formell metode for veiing av QALY-gevinster etter tilstanders alvorlighetsgrad. Det finnes en metode for dette som kalles for kostnad-verdi-analyse (cost-value analysis). I en slik analyse bruker man ikke konvensjonelle helsetilstandsverdier fra QALY-feltet for å gi verdier til livskvalitetsforbedringer, men i stedet et alternativt sett av helsetilstandsverdier. Disse helsetilstandsverdiene innebærer at forbedringer får større verdi, jo dårligere pasientene har det i utgangspunktet. Forskere (i helseøkonomi/legemiddeløkonomi), fagpersoner, beslutningstakere og administratorer (blant annet i Legemiddelverket) mener at det er et stort behov for å styrke det empiriske grunnlaget for slike alternative verdier før de eventuelt kan brukes rutinemessig i helseøkonomiske analyser.

Denne studien bidrar til å skaffe slike data for å gi et sikrere anslag for alternative verdier etter tilstanders alvorlighetsgrad. Data har blitt samlet opp ved hjelp av en empirisk undersøkelse av medlemmer og varamedlemmer av helse og sosialkomiteen i Oslo kommune, Helse og omsorgsutvalget i Lørenskog kommune og medlemmer av Helse og sosialkomiteer i seks ulike bydeler i Oslo. Det ble utført personlig intervju av subjektene hvor subjektene fylte ut et standardisert spørreskjema. Igjenom denne studien ble subjektene preferanser for vektlegging av alvorlighetsgrad ved prioritering i helsevesenet undersøkt.

Det har blitt utført parvise sammenlikninger av tiltak, der det ene tiltaket i hver sammenlikning gjaldt et mer alvorlig helseproblem, mens det andre tiltaket ville ha hjulpet flere subjekter. Videre har ”antallsekvivalensmetoden” blitt brukt for å måle styrken av subjektene preferanser for å prioritere de alvorligst syke framfor de mindre alvorlig syke.

I denne studien er det totalt 43 respondenter, 14 fra Oslo kommune, 9 fra Lørenskog kommune og 20 respondenter fra seks ulike bydeler i Oslo.

Det er et bekvemmelighetsutvalg, og resultatene gir seg ikke ut for å være statistisk representative for en større befolkningsgruppe.

Svarfordelingen fra denne studien viser oss en betydelig vektlegging av alvorlighetsgrad ved prioritering i helsevesenet. Gjennom angivelsen av antallsekvivalens fikk vi se at flertallet av subjekter mente at det måtte være langt flere personer av den mindre alvorlige tilstanden for at den skulle oppveie den mer alvorlige tilstanden.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Bakgrunn	3
2.1	Kriterier for prioritering: Lønning I og II i helsevesenet.....	3
2.2	Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning I)	4
2.2.1	Sykdommens alvorlighetsgrad	6
	Gi et eksempel på hva det vil si med ikke diskriminering mellom grupper med lik alvorlighet, men ulik grad av behandlerbarhet.	Error! Bookmark not defined.
2.3	Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning II)	7
2.3.1	Prioritering etter tilstandens alvorlighetsgrad	8
2.3.2	Prioritering etter forventet nytte.....	9
2.3.3	Prioritering etter kostnadseffektivitet.....	9
2.3.4	Senere dokumenter.....	10
2.4	QALYs	11
2.4.1	Cost-utility-analysis	14
2.5	Alvorlighetsgrad	15
2.6	Kostnads-verdi-analyse (CVA).....	16
2.6.1	Kostnads-verdi analyse i andre land.....	17
2.7	Transformasjonskurve.....	18
3	Materialer og metode.....	21
3.1	Innledning.....	21
3.2	Spørreskjemaet	21
3.2.1	Endringer i spørreskjemaet	23
3.3	Utvalg.....	23
3.3.1	Helse og sosialkomiteen i Oslo kommune	24
3.3.2	Helse og omsorgsutvalget i Lørenskog Kommune	24
3.3.3	Helse og sosialkomiteen ved bydelene i Oslo	24
3.4	Rekruttering.....	25
3.5	Intervjuing.....	26
3.6	Godkjenning.....	26
3.7	Datainnsamling	27
3.8	Analyser	27
4	Resultater.....	28
4.1	Bakgrunnsdata.....	28
4.2	Intervjuene	32
4.3	Innledende spørsmål.....	35
4.4	Spørsmål 1	38
4.5	Spørsmål 2	40
4.6	Spørsmål 3a-c og 4.....	42
4.6.1	Sammenlikning av 10 X og 10 Y	43
4.6.2	Sammenlikning av 10 X og 100 Y	44
4.6.3	Spørsmål 3a-c og 4.....	45

4.6.4	Internkonsistens.....	49
4.6.5	Spørsmål 3a-c og 4 antallsekvivalens	51
4.7	Sammenheng mellom svar på ulike spørsmål.....	52
4.7.1	Innledende spørsmål mot spørsmål 1	52
4.7.2	Spørsmål 1 mot spørsmål 2	53
4.7.3	Spørsmål 1 mot spørsmål 3a	54
4.7.4	Spørsmål 1 mot spørsmål 4	55
4.7.5	Spørsmål 3a mot 3b.....	56
4.7.6	Spørsmål 3a mot 3c	57
4.7.7	Spørsmål 3a mot 4.....	58
5	Diskusjon	59
5.1	Begrensninger ved studien	68
6	Konklusjon.....	69
	Litteraturliste	70
	Vedlegg 1	72
	Vedlegg 2.....	73
	Vedlegg 3.....	74
	Vedlegg 4.....	75
	Vedlegg 5.....	76
	Vedlegg 6.....	77
	Vedlegg 7.....	78

Tabelliste

Tabell 2.1 Verdsetting av tre ulike alvorlighetsgrader. Samfunnsverdsetting vs verdier fra MAU instrumenter	19
Tabell 3.1 Oversikt over rekrutterte medlemmer av Helse og sosialkomiteene i Oslo	25
Tabell 4.1 Utvalget fordelt på sted, kjønn, alder og utdanning.....	29
Tabell 4.2 Fordeling etter komite/utvalg	30
Tabell 4.3 Fordeling etter medlemsstatus	30
Tabell 4.4 Fordeling etter partitilhørighet.....	31
Tabell 4.5 Svarfordeling av hele undersøkelsen	33
Tabell 4.6 Resultater fra det innledende spørsmålet.....	35
Tabell 4.7 Resultater fra spørsmål 1	38
Tabell 4.8 Resultater fra spørsmål 2	40
Tabell 4.9 Valg mellom ulik antall tilfeller	42
Tabell 4.14 Intern konsistens i spørsmål 3a-c og 4.....	50
Tabell 4.15 Median verdi for antall Y som anses ekvivalent med 10 X.....	51
Tabell 4. 16 Svarfordeling for det innledende spørsmålet gruppert etter svar på spørsmål 1 .	52
Tabell 4.17 Svarfordeling for spørsmål 1 gruppert etter svar på spørsmål 2.....	53
Tabell 4.18 Svarfordeling for spørsmål 1 gruppert etter svar på spørsmål 3a.....	54
Tabell 4.19 Svarfordeling for spørsmål 1 gruppert etter svar på spørsmål 4.....	55

Figurliste

Figur 2.1	14
Figur 2.2 Helsetilstandsverdier og tilsvarende samfunnsmessige verdier	19
Figur 4.1 Svarprosent på spørreundersøkelsen	28
Figur 4.2 Punktdiagram 3a x 3b	56
Figur 4.3 Punktdiagram 3a x 3c	57
Figur 4.4 Punktdiagram 3a x 4	58

1 Innledning

Norge var blant de første industrialiserte landene som fikk retningslinjer for prioritering (Lønning I-utvalget, NOU:1987:23) i helsevesenet ved et utvalg (prioriteringsutvalget) ledet av Inge Lønning i 1987. Utvalget anbefalte at sykdommens alvorlighetsgrad skulle være utslagsgivende og få tillagt større vekt i prioriteringssammenheng. Ti år senere foreslår ”Lønning II-utvalget” nye retningslinjer (NOU:1997:18) for prioriteringer i samfunnet. Det het at verdien av et helsetiltak i første rekke skal bestemmes av dets alvorlighetsgrad, forventet nytte og kostnadseffektivitet. [1] Forslaget ble tatt til følge av Stortinget og helsedepartementet og har siden skullet ligge til grunn for prioriteringer i alle sammenhenger i helsevesenet.

Statens legemiddelverk gjør legemiddeløkonomiske analyser basert på avveining mellom tilstanders alvorlighetsgrad, tiltakets effekt, nytte samt tiltakets kostnader når de behandler søknader om forhåndsrefusjon for legemidler i blåreseptordningen. I slike analyser beregnes nytten av tiltak i kvalitetsjusterte år (QALYs), kostnader anslås i kroner og alvorlighetsgrad tas uformelt med som et ekstra moment i en samlet vurdering. En slik analyse kalles for ”cost-utility-analysis” (CUA).

Legemiddelverket er interessert i å komme frem til en mer formell metode for veiing av QALY-gevinster etter tilstanders alvorlighetsgrad. Det finnes en metode for dette som kalles for kostnad-verdi-analyse (engelsk: cost-value analysis, forkortet CVA), jfr. Nord 1996 og 1999. I en variant av kostnad-verdi analyse bruker man ikke konvensjonelle helsetilstandsverdier fra QALY-feltet for å gi verdier til livskvalitetsforbedringer, men i stedet et alternativt sett av helsetilstandsverdier. Disse helsetilstandsverdiene innebærer at forbedringer får større verdi, jo dårligere pasientene har det i utgangspunktet.

Forskere (i helseøkonomi/legemiddeløkonomi), fagpersoner, beslutningstakere og administratorer (blant annet i Legemiddelverket) opplever et behov for å styrke det empiriske grunnlaget for alternative verdier før de eventuelt kan anbefales tas i bruk rutinemessig i helseøkonomiske analyser. Formålet med denne oppgaven er å skaffe data for å gi et sikrere anslag for de alternative verdiene.

Det ble gjennomført personlige intervjuer med medlemmer og varamedlemmer av helse- og sosialkomiteen i Oslo, Helse og omsorgsutvalget i Lørenskog kommune og medlemmer av Helse og sosialkomiteene i preferanser for prioritering i bydel Alna, bydel Grünerløkka, bydel Nordre Aker, bydel Vestre Aker, bydel Sagene og bydel St. Hanshaugen. Til sammen ble 43 subjekter intervjuet. Tanken var at subjekter med slike kommunale verv er forholdsvis representative for den alminnelige befolkningen, men samtidig er mer informerte og reflekterte om helsepolitikken enn det en kan forvente fra ”mannen i gata”.

Spørreskjemaet til studien ble utarbeidet av min veileder, professor Erik Nord. Nødvendige endringer og justeringer ble vurdert og gjennomført underveis i studiet i samråd med han. I spørreundersøkelsen ble intervjupersonene bedt om å gjøre en serie parvise sammenlikninger av tiltak, der det ene tiltaket i hver sammenlikning gjaldt et mer alvorlig helseproblem, mens det andre tiltaket ville ha hjulpet flere subjekter. Deretter ble subjektene bedt om å angi hvor mange flere subjekter det må hjelpes i tiltaket for det minst alvorlige problemet, for at de skal oppleves av de to tiltakene som like prioriteringsverdige. Gjennom denne angivelsen av såkalt “antallsekvivalens” får en målt styrken av subjektene preferanser for å prioritere de alvorligst syke framfor de mindre alvorlig syke.

I kapittel 2 gir jeg en bakgrunn for studien i form av en redegjørelse for bruken av QALYs i helseøkonomiske analyser, for begrepet alvorlighetsgrad og for eksisterende evidens om vektlegging av alvorlighetsgrad ved prioritering. I kapittel 3 beskriver jeg datainnsamlingsmetoder og utvalg i den foreliggende undersøkelsen. I kapittel 4 presenteres resultater, som diskuteres i kapittel 5. Til slutt følger en konklusjon i kapittel 6.

2 Bakgrunn

2.1 Kriterier for prioritering: Lønning I og II i helsevesenet

Det å prioritere betyr å sette noe foran, man velger noe fremfor for noe annet. Det kan være å si ”Ja” til noe og ”Nei” til noe annet. Det prioriteres på alle områder og aspekter, også i helsevesenet. Det prioriteres på ulikt grunnlag i fattige land og i rike land. I fattige land må det prioriteres mellom en rekke grunnleggende behov, mens i rike land har man ikke det problemet. Et av de viktigste problemene i et rikt land er å foreta prioriteringer i helse- og legemiddelpolitikken (som for eksempel i Norge). [1]

Prioriteringer som tas må både være etiske og faglige akseptable. I helsevesenet kan det være vanskelig å sette en grense mellom etiske og medisinsk-faglige krav, slike krav kan være både vanskelige og kontroversielle. En lege må ofte ta ansvaret for å skille mellom faglige hensyn og andre hensyn (administrative og etiske) for å begrunne sine valg. Helsetjenestenes prioriteringer kan være vanskelige fordi det må prioriteres på to nivåer samtidig, samfunnsnivået (budsjettnivået) og individnivået. Helsepersonell som for eksempel leger må ta beslutninger på individnivået som angår enkeltsjekter om hvor mye ressurser det skal brukes på subjekter man har tatt inn til behandling, altså kliniske beslutninger. Politikere og økonomer tar beslutninger på samfunnsnivået. Det kan være politiske, økonomiske og strategiske beslutninger som kan angå lokale og regionale forhold. [2]

Prinsipper og verdier som har blitt lagt til grunn for prioriteringer i norsk helsevesen har blitt bestemt og diskutert i to offentlige utvalg: Lønning I (NOU 1987:23) og Lønning II (NOU 1997:18). Begge disse utvalgene ble ledet av Inge Lønning. [2, 3]

2.2 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning I)

Norge var et av de første vestlige landene som fikk retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet. Det ble nedsatt et eget prioriteringsutvalg for å komme med forslag til dette.

Utvalget som kom med utredningen ”*Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste 1985–87*” (NOU 1987:23) ble nedsatt av Sosialdepartementet (nå Helse og omsorgsdepartementet) og ledet av professor Inge Lønning. [3]

Det ble sagt av daværende sosialminister Leif A. Heløe i 1987 at ønsket med utvalget var:

”Å rangordne oppgaver for det offentlige helsevesen, og å få frem kriterier for hvordan ressurser bør fordeles.”

Utvalget ble nedsatt av regjeringen Kåre Willoch i 1985. Bakgrunnen for at dette utvalget ble nedsatt var den raske og økende ubalansen mellom den medisinsk-teknologiske utviklingen, nye og dyre behandlingsmetoder og tilgjengelige økonomiske ressurser. [1-3]

I mandatet ble utvalget pålagt å vurdere fem forhold:

- Sykdommens alvorlighetsgrad
- Likhet: like muligheter for behandling uavhengig av geografiske, sosiale og aldersmessige skiller.
- Ventetid.
- Helseøkonomiske aspekter.
- Pasientens egenansvar for oppstått problem. [3]

Utvalget foreslo fem prioriteringsnivåer:

1. Første prioritet: Livsnødvendige tiltak. Dersom de ikke iverksettes øyeblikkelig så kan det føre til livstruende konsekvenser for enkeltpasienter, pasientgrupper eller samfunnet som helhet. Det kan for eksempel være: akutt kirurgi, akutt psykiatri og nyfødtsmedisin.
2. Andre prioritet: Nødvendige tiltak. Dersom de ikke iverksettes vil det ha katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt for enkeltpasienter, pasientgrupper eller samfunnet som helhet. Det kan for eksempel være: kroniske eller alvorlige sykdommer av somatisk art.
3. Tredje prioritet: Nyttige tiltak med dokumentert effekt. Dersom de ikke iverksettes vil det ha uønskede konsekvenser, men ikke så alvorlige som første og andre prioritet. Det kan for eksempel være: moderat forhøyet blodtrykk, vanlige barnesykdommer og ukomplisert brokk.
4. Fjerde prioritet: Etterspurte tiltak, det er tiltak som har få konsekvenser dersom de ikke iverksettes. Det kan for eksempel være: høyteknologi med moderat nytteeffekt, kunstig inseminasjon og befruktning utenfor kroppen.
5. Femte prioritet: Etterspurte tiltak uten dokumentert nytteverdi. Dersom de ikke iverksettes vil det potensielt ikke føre til store konsekvenser. Det kan for eksempel være: rutinemessige helsekontroller av for eksempel diabetes pasienter eller screening av subjekter med forhøyet risiko for blant annet kreft. [1-3]

Dette prioriteringssystemet ga en ordning mellom tiltak og om hvilke tiltak som skulle prioriteres ovenfor hverandre. Dette var med å legge grunnlaget for ventelisteordninger i fremtiden.

I følge Lønning I-utvalget var de to viktigste prioriteringshensynene alvorlighetsgrad og likhet (realisering av pasienters potensiale). Alder, personlig ansvar og kostnadseffektivitet ble ikke ansett å være så viktig. Likhet er et viktig kriterium og utvalget la vekt på at statusbetingede hensyn ikke skulle legges vekt på ved prioriteringsbeslutninger. Det skulle ikke prioriteres ut ifra kjønn, etnisitet, religion, sosial status, utdanning, inntekt og bosted.

2.2.1 Sykdommens alvorlighetsgrad

Det kriteriet som skiller seg ut i Lønning I er sykdommens alvorlighetsgrad. Det har også en lang og dyp tradisjon i norsk helsevesen. [3]

Det er et tungtveiende og betydningsfull kriterium i prioriteringssammenheng. For lindring kan ingen av de andre kriteriene fungere alene som et prioriteringskriterium, med unntak for alvorlighetsgraden av sykdommen. Samtidig så kan kriteriet sykdommens alvorlighetsgrad angi hvor høyt prioritet et tiltak skal ha. [3]

Det er både etiske og praktiske grunner for at det skal fokuseres på alvorlighetsgrad. Utvalget støtter dette kriteriet etter "rene humanitære argumenter", "solidaritetsnormen" og en "effektiviseringstanke". Det viktigste er humanitært at helsetjenesten skal først og fremst løse problemer som kan føre til tidlig død eller invalidisering. Det sies for eksempel at få personer vil være uenige i at: *"behovet for livreddende hjertekirurgi og kreftkirurgi dekkes fullt ut før man går til offentlig finansiering av fettsuging."* [3]

Som en konkluderende bemerkning på kapittel 7.2 (NOU 1987:23) blir det eksplisitt sagt: *"En sykdoms alvorlighetsgrad er den viktigste dimensjonen som må avklares før man kan prioritere enkeltsjekter og pasientgrupper."* [3]

Ifølge Lønning I utvalget er dette det viktigste kriteriet for prioritering i norsk helsevesen, og det må brukes i sammenheng med andre kriterier særlig effektivitetskriteriet. En riktigere og bedre bruk av dette kan gi en kanaliserende og styrende effekt for de som trenger det mest. [3]

Likhet er et annet viktig kriterium. Utvalget la frem prinsippet at enhver person skal ha lik mulighet for behandling uavhengig av for eksempel aldersbetingede, geografiske og sosiale skiller. Likhetsprinsippet kan ha ulike betydninger og kan by på en del problemer. Lønning 1 ga et overordnet forslag til likhetsprinsippet: *"Helsetjenestene bør tilbys slik at alle skal kunne bli så friske som etter sine forutsetninger har muligheter for."* [3]

Med andre ord skal helsetjenesten tilbys slik at alle kan realisere sitt helsepotensial, ettersom behovene kan være ulike og mulighetene for vellykket behandling også kan være ulike. Et eksempel på sykdom med lik alvorlighet, men ulik grad av behandlerbarhet mellom to ulike grupper kan være kreft og en sjelden genetisk sykdom. Behandling av kreft vil ikke føre til diskriminering blant gruppene.

2.3 Prioritering på ny: Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning II)

Ved kongelig resolusjon 31.mai 1996 ble det oppnevnt et nytt offentlig prioriteringsutvalg for helsevesenet som en videreføring av "Lønning I-rapporten" (NOU 1987:23). Det nye utvalget ble også ledet av professor Inge Lønning. Bakgrunnen for mandatet var:

- Prioritering blir viktigere: Ta stilling til behandlingsmetoder og ressursbruk
- Prioriteringsutvalgets retningslinjer bør oppdateres: Utarbeide retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet etter prioriteringsutvalgets innstilling, NOU nr 23 1987. [1]

Det første Lønning-utvalgets kriterier var et godt utgangspunkt for prioriteringer i helsevesenet. Men det hadde behov for konkretisering og få oppdatert sine retningslinjer, ettersom det ga et stort rom for individuelle tolkninger og vurderinger i ulike behandlingssituasjoner. [1]

Utvalget avga sin rapport til Sosial- og helsedepartement den 15. mai i 1997 (NOU 1997:18).

Likhetsdefinisjonen til Lønning I-utvalget ble stående uavklart. Denne definisjonen gikk ut på at alle *"skal kunne bli så friske som etter sine forutsetninger har muligheter for"*. Lønning II-utvalget la også vekt på at helsetjenesten skulle være rettferdig og at likbehandling skulle være et sentralt element. I stedet for definisjonen til det forrige utvalget la Lønning II-utvalget vekt på det formelle likebehandlingsprinsippet:

- Like tilfeller skal behandles likt
- Ulike tilfeller kan behandles ulikt

Utvalget mente at *"like tilfeller, så langt mulig, skal behandles likt. Det betyr at hvis én pasient får et tilbud, bør det være et mål å gi alle pasienter i samme situasjon et likeverdig tilbud."* [1]

Lønning 2-utvalget konkluderte med at det skal være tre hovedkriterier for prioriteringer i helsevesenet:

1. Tilstandens alvorlighetsgrad
2. Tiltakets forventede nytte
3. Tiltakets forventede kostnadseffektivitet [1, 4]

I Lønning I ble særlig tilstandens alvorlighet tillagt vekt. Sammenlignet med tidligere retningslinjer mente utvalget at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet må legges større vekt. [1]

2.3.1 Prioritering etter tilstandens alvorlighetsgrad

Tilstandens alvorlighetsgrad ble definert som *”et uttrykk for prognosetap dersom behandling eller andre tiltak ikke iverksettes”*[1]. Denne definisjonen handler om nåværende lidelse og/eller framtidig helsetap. Tidligere eller samlede helsetap over hele levetiden omfattes ikke av utvalgets alvorlighetsbegrep.[5]

For å fastlegge hvor alvorlig en tilstand er så skal det vurderes med henhold til tre dimensjoner:

- Risiko for død eller funksjonstap
- Graden av fysisk og psykisk funksjonstap
- Smerter, fysisk eller psykisk ubehag (som f.eks. tung pust, svimmelhet, angst) [1]

Det ble slått fast av utvalget at prioritering etter alvorlighetsgrad ikke kan alene fungere som et prioriteringskriterium. Det må avveies i forhold til sin nytte:

”Det er antakelig stor enighet om at tilstandens alvorlighetsgrad i seg selv ikke tilsier høy prioritet til behandlingstiltak, dersom pasienten (eller pasientgruppen) bare kan forvente meget liten eller ingen nytte av tiltaket. Med unntak for pleie og omsorg er alvorlighet en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for prioritet innen den offentlige helsetjeneste.”

Utvalget mente behandlingstiltak uten tilstrekkelig effekt ikke skal ha høy prioritet, selv om man tar hensyn til de med mest alvorlig lidelse. [1]

2.3.2 Prioritering etter forventet nytte

Utvalget mente at et medisinsk tiltak som gir pasienten stor nytte, skal gis større vekt ved vurdering av tiltak. Et tiltak som gir stor nytte, skal ha høyere prioritet enn liten nytte, og tiltak med ingen nytte skal ikke ha prioritet. Ifølge utvalget så kunne den medisinske effekten av et tiltak være:

- Økt sannsynlighet for overlevelse.
- Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring.
- Smertereduksjon eller reduksjon av fysiske og psykiske plager. [1]

2.3.3 Prioritering etter kostnadseffektivitet

Med dette kriteriet menes det skal være et godt forhold mellom kostnadene til en behandling og den helseforbedringen den forventes å gi til pasientens helsetilstand. Det har seg slik at det er ingen god på definisjon hva som kan regnes som kostnadseffektiv, men hensikten med dette kriteriet er at det skal foretas en vurdering nytten i forhold til kostnadene. Dersom nytten av tiltaket er liten og kostnadene er store, bør ressursene brukes hvor man har større nytte. Hvis gevinsten er liten i forhold til kostnadene, taper man helsegevinster som man ofrer ved å utføre det tiltaket (alternativkostnaden). [1, 4]

Lønning II var lite konkrete med henhold til vektleggingen av kriteriene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet, i punkt 8.6.2 nevnes det at *”vektleggingen vil variere i forhold til hvilke overordnede mål som legges til grunn”*.

2.3.4 Senere dokumenter

Helsedirektoratets veileder (økonomisk evaluering av helsetiltak- en veileder) som kom ut i november 2012 ble det vist et eksempel på avveining mellom alvorlighetsgrad og kostnadseffektivitet. Hvor alvorlighetsgraden var foreslått som angitt i kvalitetsjusterte leveår (QALYs). Men en slik operasjonalisering av alvorlighetsgrad ble ikke anbefalt av veilederen, ettersom en gradering av alvorlighetsgrad påvirkes av hvilke verdier den bygger på. [6]

I mandatet til det nylige opprettede Prioriteringsutvalget (regjeringsoppnevnt 21.juni 2013), står det i punkt 2c at dagens tre prioriteringskriterier er sidestilt. De må vurderes samlet og det er et bytteforhold mellom dem. Det nye prioriteringsutvalget skal vurdere om de skal vektas ulikt eller om eventuelt nye eller endrede kriterier skal sidestilles med de. [7]

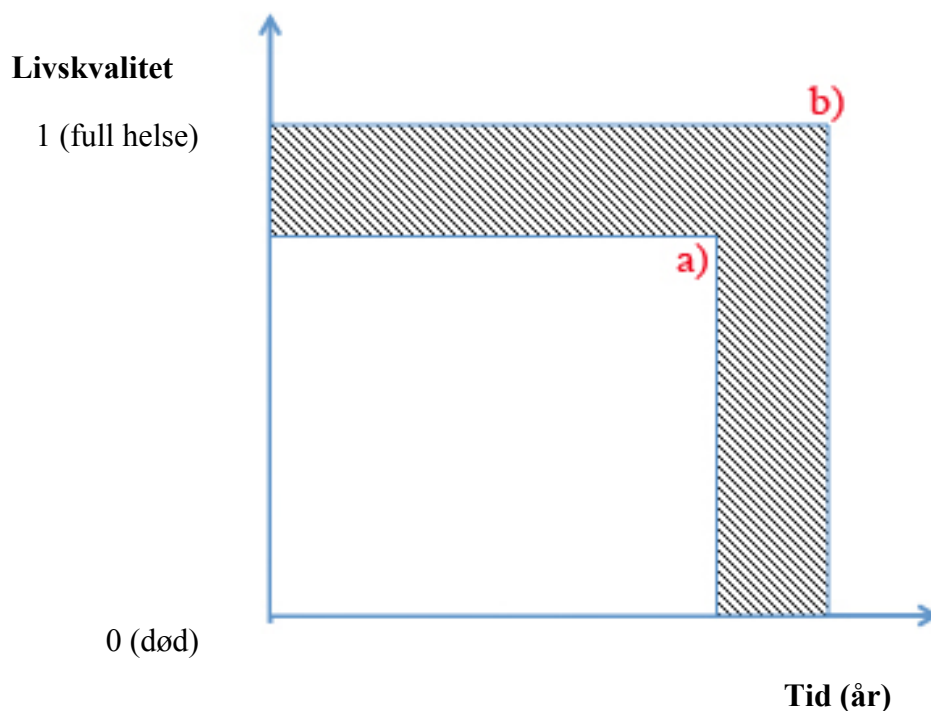
2.4 QALYs

Kvalitetsjusterte leveår (forkortet: QALY fra engelsk Quality-Adjusted Life Year) er en måleenhet for å måle størrelsen på eller verdien av helseutfall. QALY er utformet for å måle både kvaliteten og livslengden som en enhet. [8]

Begrepet "Quality-adjusted life year" ble først brukt i 1976 i to separate publikasjoner, den ene av Milton Weinstein og William Stason og den andre av Richard Zeckhauser og Donald Shepard. [8]

Måleenheten for verdi er et vunnet friskt leveår og kalles for et kvalitetsjustert leveår (1 QALY). Et år med full helse for en person brukes som referanse, og et år med full helse tilsvarer 1 QALY. Hovedtankegangen for QALY tilnærmingen er at ethvert helseutfall uansett alvorlighet og alvorlighetsgrad kan verdsettes i forhold til referansen (1 QALY). Det kan tilsvare en brøkdel av et år med full helse eller flere år med full helse. [8]

Figur 2.1



Bakgrunnen for QALY er illustrert i figur 2.1. I diagrammet representerer X-aksen lengden av livet (år) og Y-aksen livskvaliteten fra 0 (død) til 1 (full helse).

Den nedre firkanten a) viser helsetilstanden til en person over tid med standard behandling, og den øvre firkanten b) viser helsetilstanden til en annen person over tid med alternativ og ny behandling. Den totale helsegevinsten for individet er det markerte området mellom firkant a) og firkant b), og det markerte området representerer gevinst i helse og livslengde. [8]

Verdien av en forbedring i livskvalitet defineres som verdien av tilstanden etter tiltak subtrahert med verdien av tilstanden før tiltaket, og dette kalles for subtraksjonsmetoden. [9]

QALY kan beregnes ved bruk av denne formelen:

$$QALY_G = T_1Q_1 - T_0Q_0$$

T er antall leveår og Q er verdien av livskvalitet. T_1 tilsvarer tiden etter behandling og T_0 tiden før behandling, Q_0 livskvalitet før behandling og Q_1 etter behandling. [10]

Den samlede verdien for et tiltak brukt på en pasient regnes ut ved at man summerer verdien av helseforbedringene opp igjennom de berørte leveårene, inkludert de årene hvor livet forlenges og død unngås. Praktisk så betyr det at dersom et tiltak får en skår (QALY) på 0,8 i stedet for 0,5 gir det en økning på 0,3 QALY per år for den samlede verdien. Tre vunne leveår hver med skår på 0,5, gir en samlet verdi på 1,5 QALYs. Ti vunne friske leveår for 50 subjekter vil gi en samlet verdi på 500 QALYs. [9] [11]

Hovedproblemet til QALY-metoden er at man må velge verdier fra skalaen 0 til 1 for ulike helsetilstander. Man ber for eksempel et utvalg av subjekter vurdere ulike sykdomstilstander, eller at man spør dem hvor mye de er villige til å ofre sin levetid for å unngå å ha de ulike sykdommene. Dersom noen er villige til å ofre 40 prosent av sin forventede levetid for å ikke være sengeliggende får tilstanden ”sengeliggende” verdien 0,6 (1 minus 0,4). [8, 9]

Bruk av QALY har en del begrensninger og svakheter. Nord et al. 2009 diskuterer utfordringer ved QALY og påpeker at det ikke ivaretar hensyn som likhet, rettferdighet og politiske mål. Dette i seg selv gir problemer med hensyn til alvorlighetsgrad. [12]

QALY tilnærmingen har blitt kritisert på etisk grunnlag for å prioritere individer som har større kapasitet til å få nytte av helsetiltak, og ikke ta betraktning for rettferdig distribusjon av helseressurser. [11, 12]

For å måle verdier i QALY har det blitt utviklet hjelpemidler som kalles for multi-attribute-utility-instruments (MAU). Ved bruk av slike instrumenter kan man gi helsetilstander ulike verdier på en rekke enkeltdimensjoner, og deretter etableres det en deskriptiv profil for vedkommendes tilstand. Dette har en rekke begrensninger. [9]

Innsamling av data for MAU-instrumenter består av den alminnelige befolkningens preferanser. Verdiene som oppgis er lavere enn det pasienter og funksjonshemmede selv rapporterer. Se 2.6. [9]

Et annet problem med QALYs er at nytten av helseforbedringer måles ikke direkte, men det regnes ut fra differansen mellom verdien av ulike tilstander. Når personer blir syke eller funksjonshemmet kan de forandre sine aspirasjoner med henhold til sin helse. De kan verdsette helseforbedringer annerledes, enn hva friske personer forestiller seg fra sitt ståsted.

I QALY har hver mulige helsetilstand en bestemt verdi, og verdien for en tilstand er konstant uansett forhold og subjekter det måtte forekomme i. Dette er en forenkling av slike enkle verdier (single value convention). Det har en rekke usannsynlige implikasjoner:

- Uavhengig av kjønn, alder og andre karakteristika av personen som får en slik tilstand. Det kan for eksempel være at en person bruker gåstokk eller briller regnes som like dårlig for en eldre person som for en ung person. Et annet eksempel er at tilstanden ”å ikke gå” gis lik verdi om det inntreffer en person med langvarig funksjonshemming eller en kortvarig/midlertid funksjonshemming hos en ellers frisk person. [12]
- En helsetilstandsverdi er uavhengig av personens helse i fortiden. Et godt eksempel på det er at dersom to subjekter er avhengige av briller og en av dem var frisk, mens den andre var blind foregående år vil begge personenes tilstand få samme helsetilstandsverdi (utility). Dette problemet la senere grunnlaget for en annen målingsmetode, ”Healthy Year Equivalent – HYE”. [12]

- Verdien av en tilstand er ikke avhengig av varigheten og hvordan den oppleves. Et eksempel på det er at en tilstand vil ha den samme verdien det første året og det femte året, selv om personen tilpasser seg sykdommen. [12]
- Det tilsier at verdien av en tilstand er uavhengig av årsaken til tilstanden. [12]

2.4.1 Cost-utility-analysis

Verdien av et utfall som måles i QALYs kan relateres til kostnaden ved å oppnå det. Dette gjøres i en såkalt kostnads-effektivitets ratio som ofte kalles for "cost-utility ratio). I cost-utility-analyse (CUA) bruker man individenes personlige verdsetting av helsegevinster som mål på et tiltaks verdi. Cost-utility analyse bruker kvalitetsjusterte leveår (QALYs) som en måleenhet for å angi nytten av helseintervensjoner. Ved verdsettingen av helseforbedringer i cost-utility-analyse fokuseres det på verdien av tilstander enn verdien av forbedringer av samfunnets verdsetting av helsetilstander. [9, 13]

I prioriteringsspørsmål hvor det brukes cost-utility analyser vil det som gir mest QALYs bli foretrukket. [13]

2.5 Alvorlighetsgrad

Norge var en av de første vestlige landene som lagde retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet (NOU 1987:23), se 2.1 og 2.2. En av de aller viktigste prinsippene i denne utredningen var sykdommens alvorlighetsgrad. I denne utredningen ble viktigheten av dette prinsippet vektlagt, men begrepet ble ikke definert. [3]

I Lønning II (prioritering på ny NOU 1997:18) ble alvorlighetsgraden definert som:

”Et uttrykk for prognosetap dersom behandling eller andre tiltak ikke iverksettes”.

Lønning II mente at sykdommens alvorlighetsgrad skulle fastlegges ut fra en vurdering av tre dimensjoner:

- Risiko for død eller funksjonstap
- Graden av fysisk og psykisk funksjonstap
- Smerter, fysisk eller psykisk ubehag (som f.eks. tung pust, svimmelhet, angst) [1]

Alvorlighetsgraden skulle bestemmes ut fra en vurdering av aktuelle plager (symptomer), sannsynligheten for fremtidige symptomer, funksjonstap og risikoen for prematur død. [14]

Et annet prioriteringskriterium ble foreslått av den avdøde britiske økonomen Allan Williams. Han mente at de som har det verst (worse off) er de som har hatt dårlig helse og samtidig hatt helsetap igjennom sin hele livstid. Ifølge Williams er man dårligst stilt (worse off), dersom man kommer til å nyte færre av kvalitetsjusterte leveår enn det som er normalt forventet fra fødsel til død. Han mente at enhver har rett til å ha “fair innings” av helse igjennom sin livstid [5, 15].

Fair innings argumentet går ut på at enhver person har rett til å ha en normal lengde av levetid. En normal livslengde ifølge Williams tilsvarer 70 til 75 år i vest Europa.

De som ikke oppnår dette har i en viss forstand blitt jukset med, mens de som har oppnådd mer enn dette “lever på lånt tid”. QALYs til de som vil oppnå mindre enn en “fair inning” bør verdsettes høyere (større alvorlighetsgrad) enn subjekter som har oppnådd mer enn en “fair

innings” eller mer. Han mente at ressurser burde fordeles slik at enhver person får “fair innings” av helse i sin levetid.

Amartya Sen mente at Williams tilknytning til alvorlighetsgrad er viktig og interessant, men det har en svakhet og det er det at Williams mente at menn ikke får “fair innings” siden deres forventete levealder er mindre enn kvinner. [5, 15]

Nord definerer sykdommens alvorlighetsgrad som gjeldende svekkelse, symptomer og forventede fremtidige tap av livskvalitet og/eller livslengde på grunn av sykdom (Nord, 1993; Nord et al, 1999). Denne tilnærmingen tar ikke bare hensyn til alvorlighetsgraden på tidspunktet for intervensjon, men også årene i fremtiden ved manglende intervensjon. Dette følger av faktumet at QALY gevinster fra en intervensjon beregnes som en sum av “utility” gevinster for hvert av årene som blir påvirket av intervensjonen, se 2.4 for mer nærmere informasjon om QALYs. [5, 15]

2.6 Kostnads-verdi-analyse (CVA)

Gitt den norske definisjonen av alvorlighetsgrad (2.2.1 og 2.3.1) har Erik Nord foreslått kostnads-verdi-analyse. Kostnad-verdi-analyse (engelsk: Cost-value analysis, forkortet CVA) er en annen metode for å måle helsegevinster enn cost-utility analysis [9]. Det bygger på en annen enhet og formel enn QALY [16]. Her legges det vekt på at samfunnsverdien av helsegevinster skal gjenspeile folks vurderinger om en rettferdig fordeling mellom personer. I en kostnad-verdi-analyse får forbedringer større verdi, jo dårligere pasientene har det i utgangspunktet. I en slik analyse ivaretas hensynet til prioritering i henhold til alvorlighetsgraden av sykdommen. [9, 16]

I en kostnads-verdi-analyse vektet leveår annerledes enn QALY i andre analyser. [16] Dersom for eksempel et tiltak gir en gruppe pasienter helseforbedring fra 0,7 til 0,9, og en annen gruppe forbedring fra 0,4 til 0,6, så vil samfunnet regnet det siste tilfellet mer verdifullt enn det det andre. Med andre ord så vil samfunnet betale mer for det enn det andre, selv om den personlige verdsettingen av begge tiltakene er den samme, altså en økning på 0,2 i helsetilstandsverdi. [9]

Samtidig ivaretar det hensynet for likhet. Med det menes det likhet i adgang til behandling for personer med samme grad av helseproblem ikke bare med tanke på etnisitet, inntekt, kjønn, utdanning, tro og så videre, men likhet i adgang for personer med ulik grad av potensiale for helse. Det skal være uavhengig av hvor mange QALYs man kan oppnå ved et gitt beløp, man skal blant annet ha et plikt utover det QALY skal tilsi. [9]

I slike kostnads-verdi-analyser har man ofte brukt antallsekvivalensmetoder (engelsk: person-trade off method, forkortet PTO) til å måle prioriteringspreferanser fra den alminnelige befolkningen. Ved bruk av dette verktøyet får lette og moderate tilstander verdier som ligger høyere, enn ved bruk av vanlig QALY metode som brukes av ulike MAU-instrumenter. Dette innebærer at tiltak for alvorlige tilstander får høyere verdsetting enn tiltak for moderate tilstander [9].

I en kostnad-verdi-analyse kan man bruke et vunnet friskt leveår som telleenhet, alternativt kan man bruke et reddet liv (SAVE) som telleenhet (Nord, 1992). Et vunnet leveverdig år regnes til en full verdi (en) selv om det er med nedsatt helse. [9]

2.6.1 Kostnads-verdi analyse i andre land

I England er det på trappene en ny ordning for kostnads basert tilnærming for prising av legemidler. Med denne tilnærmingen vil man få tilbudt folk legemidler på en pris som vil reflektere dets helsemessige verdi. Slik vil man få gitt leger og pasienter tilgang til kliniske og kostnadseffektive legemidler som vil bli tilbudt på grunnlag legemidlenes helseforbedringer [17].

I Nederland er det foreslått å bruke konseptet relativt prognosetap (engelsk: proportional shortfall, PS) som mål på alvorlighet. Det måler alvorlighet som forventet helsetap som prosent av normalt forventede gjenstående QALYs for vedkommende kjønn og aldersgruppe. Alvorlighet er dermed uavhengig av alder [18]. PS måles på en skala fra 0 (ikke helsetap) til 1 (fullstendig tap av gjenværende helse) ved å bruke denne formelen:

$$PS = \frac{\text{Sykdomsrelatert QALY tap}}{\text{Gjenværende forventet QALY i fravær av sykdom}} \quad [18]$$

2.7 Transformasjonskurve

Cost-utility analyser bruker kvalitetsjusterte leveår (QALY) som et mål for måle gevinster av helseintervensjoner. Det gir ulike helsetilstander en verdi på en skala fra 0-1. Det er utviklet hjelpemidler som gjør det mulig for de som vil gjøre helseøkonomiske analyser å estimere helsetilstandsverdier fra konvensjonelle opplysninger om pasienters symptomer og funksjonsnivå. Disse hjelpemidlene eller instrumentene kalles for ”multi-attribute-utility instruments” (MAU). Hvert instrument måler pasienters helse på en rekke ulike dimensjoner, og dermed etableres en deskriptiv profil av pasientens helse. MAU- instrumentene består også av tabeller eller en matematisk formel som gjør det mulig å bestemme en enkel verdig på null- en skalaen som brukes i QALY beregninger. De mest brukte instrumentene er EQ-5D, 15-D, SF-6D, Health Utilities Index og QWB. [9] De fleste QALY beregninger i dag bygger på verdier fra slike instrumenter. Disse instrumentene verdsetter helsetilstander vurdert av et utvalg av den alminnelige befolkningen og ikke av pasienter og funksjonshemmede. Pasienter har mer kunnskap om sin sykdom, og flere undersøkelser viser at pasienter over tid mestrer sine sykdommer, og betrakter sine sykdommer mer til å leve med enn hva alminnelige friske personer tror. Helsetilstandsverdiene fra MAU-instrumenter er lavere enn det personer med sykdom selv rapporterer. Med andre ord så fører dette til store avvik for helsetilstandsverdier som trengs i samfunnsmessige evalueringer av helsetiltak enn det MAU instrumenter tilbyr. [9, 19]

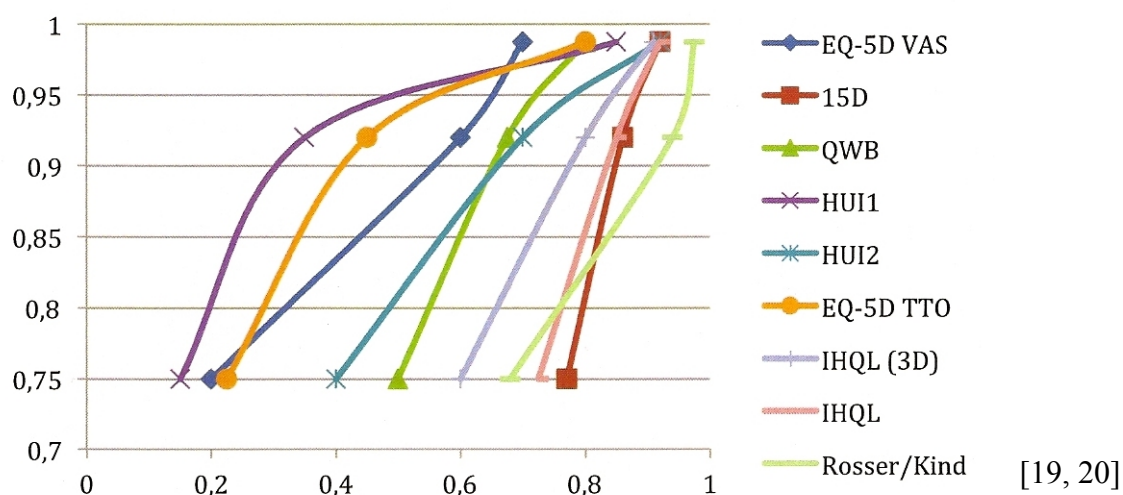
Det er foreslått en transformasjonskurve som illustrerer muligheten for å transformere verdier fra ulike MAU-instrumenter [19]. På figur 2.2 kan vi se verdsettingen for verdier fra MAU-instrumenter med X som forklaringsvariabel og Y som samfunnets verdsetting. Figur 2.2 bruker verdier som er gitt i tabell 2.1. Tabell 2.1 viser oss samfunnets verdsetting av helsetilstander i forhold til verdier fra ulike MAU instrumenter av samme helsetilstand. [15, 19, 20]

Tabell 2.1 Verdssetting av tre ulike alvorlighetsgrader. Samfunnsverdssetting vs verdier fra MAU instrumenter

	Samfunnets verdssetting	EQ- 5D VAS	15D	QWB	HUI1	HUI2	EQ5D TTO	IHQL (3D)	IHQL	R/K
Alvorlig	0,75	0,2	0,8	0,5	0,15	0,4	0,225	0,6	0,725	0,68
Betydelig	0,92	0,6	0,9	0,68	0,35	0,7	0,45	0,8	0,85	0,94
Moderat	0,9875	0,7	0,9	0,8	0,85	0,92	0,8	0,91	0,92	0,975

[19, 20]

Figur 2.2 Helsetilstands verdier og tilsvarende samfunnsmessige verdier



Nord 2001 gir et eksempel på bruken av denne transformasjonskurven. Hvor det skal velges mellom to ulike helseprogrammer henholdsvis tilstand A og tilstand B. A har verdi 0,8, mens B har 0,4 (HUI2). Program 1 vil kurere 100 personer med tilstand A. Program 2 vil hjelpe 30 personer til 0,8. Programmene vil koste like mye og vil gi en livsforlengelse på 20 år. Tiltak for A vil gi 400 QALYs og tiltak for B vil gi 240 QALYs. I følge Cost-utility analysen og HUI2 bør tiltak A prioriteres enn tiltak B.

Men dersom man bruker transformerte vektorer for HUI2 fra figur 2.2 vil tilstand A ha verdien 0,76 og B ha 0,96. Dette er verdier som gis fra samfunnsmessige preferanser for alvorlighetsgrad.

Ved å bruke disse verdiene vil tiltaket for tilstand A gi et skår 80 'veiede QALY's', mens tiltaket for tilstand B gi et skår 126 veiede QALYs. Med andre ord vil tilstand B foretrekkes enn tilstand A. Årsaken til det er innføringen av samfunnsmessige hensyn til alvorlighetsgrad av sykdommen. [19]

Grunnlaget for transformasjonskurven (figur 2.2) er for tynt. Det trengs mer data for å estimere verdiene presist og få et bredere spekter av 0-1 verdi skalaen. Derfor gjøres denne undersøkelsen for å styrke datagrunnlaget for denne transformasjonskurven. Ved hjelp av denne transformasjonskurven kan man ivareta hensynet til prioritering i forhold til samfunnets verdsetting av helseforbedringer og de som er alvorligst syke. [19, 20]

3 Materialer og metode

3.1 Innledning

Hovedformålet til denne masteroppgaven var å gjennomføre en empirisk undersøkelse for å måle preferanser for vektlegging av alvorlighetsgrad ved prioritering i helsevesenet.

Datagrunnlaget for denne masteroppgaven er utfylte spørreskjemaer og notater fra personlige intervjuer av 43 medlemmer og varamedlemmer av Helse-og sosialkomiteen i Oslo kommune, Helse og omsorgsutvalget i Lørenskog kommune og medlemmer av Helse og sosialkomiteene hos seks ulike bydeler i Oslo kommune deriblant bydel Alna, bydel Grünerløkka, bydel Nordre Aker, bydel Vestre Aker, bydel Sagene og bydel St. Hanshaugen.

3.2 Spørreskjemaet

Undersøkelsen ble gjennomført i form av personlige intervjuer basert på et standardisert spørreskjema utarbeidet av min veileder og professor Erik Nord, nødvendige endringer og justeringer ble vurdert og gjennomført underveis i studiet i samråd med han. Bruk av spørreskjema regnes som en kvantitativ metode.[21]

Intervjuene ble innledet med å spørre hva subjektene tenkte generelt om problemstillingen: *”Hvilke grupper synes du man bør prioritere - de som er alvorligst syke, eller de som behandlingseffektene er størst for?”*

Hovedinnholdet til svarene ble notert, og deretter ble intervjupersonene bedt om å svare på de andre spørsmålene.

Spørsmål 1 gjaldt om hvordan man ville fordele ressurser mellom en gruppe pasienter som har ”alvorlige plager” som kunne hjelpe de til å bli ”noe bedre”, eller en gruppe pasienter som har ”moderate plager” som kunne gjøre de ”vesentlig bedre” med lik behandlingskostnad.

Spørsmål 2 tok for seg hvordan man skal fordele ressurser blant pasienter som var alvorlig syke med samme alvorlighetsgrad, men med ulikt potensiale for helseforbedring. Behandling for den ene gruppen (A) kunne gjøre de ”noe bedre”, mens behandling for den andre gruppen (B) kunne gjøre de ”vesentlig bedre”. Det er tenkt ut at det er for lite behandlingsskapasitet og man kan velge mellom to scenarioer, enten at man gir de meste av ressursene til gruppe (B) fordi de har størst behandlingseffekt, eller fordele noenlunde likt mellom gruppene fordi de har lik rett til å bli hjulpet. Spørsmålene gjaldt for pasienter i slutten av 60-årene hvor tilbakeføring til arbeid var uaktuelt.

Spørsmål 3 a-c tok for seg parvise sammenlikninger av ulike tiltak for to ulike tilstander hvor den ene tilstanden (X) var mer alvorligere enn den andre tilstanden (Y). Tilstandene ble belyst på et diagram fra en skala på 1 til 7. Hvor tilstand 1 var den beste tilstanden ”å gå uten problemer” og 7 den dårligste ”helt sengeliggende”. I begge tilfellene var det snakk om å øke behandlingsskapasiteten med 10 pasienter per måned. På det første delspørsmålet ble subjektene bedt om å velge 10 av X (alvorligst tilstand) eller 10 av Y (mindre alvorlig tilstand), deretter 10 av X eller 100 av Y. Så ble subjektene spurt om hvor mange subjekter som må hjelpes i helsetilstand Y, for at det skal være ekvivalent med å hjelpe 10 subjekter i tilstand X. Se vedlegg 7 for nærmere beskrivelse av spørreskjemaet.

På det siste spørsmålet (spørsmål 4) ble subjektene bedt om prioritere mellom å redde liv i forhold til det å avverge kronisk sykdom og funksjonshemming. Subjektene kunne velge et av prosjektene, enten 10 av A (de som dør kort tid etter at sykdommen inntreffer) eller 10 av B (de som blir sterkt bevegelseshemmet kort tid etter at sykdommen inntreffer). For å behandle pasientene skulle det opprettes to spesialenheter på Rikshospitalet som kunne dekke 10 pasienter per år for 10 millioner kroner. På det neste delspørsmålet ble subjektene bedt om å prioritere mellom 10 av A eller 100 av B for samme beløp. Deretter ble subjektene spurt om hvor mange subjekter som må hjelpes i helsetilstand B, for at det skal være ekvivalent med å hjelpe 10 subjekter i tilstand A. Se vedlegg 7 for nærmere beskrivelse av spørreskjemaet.

På den siste delen av spørreskjemaet ble subjektene bedt om å oppgi (bakgrunnsinformasjon) sine personlige kjennetegn slik som kjønn, alder, utdanning, kommune eller bydel, partitilhørighet og plass i helse og sosial/omsorgs komiteen/utvalget.

3.2.1 Endringer i spørreskjemaet

Spørreskjemaet ble justert ved starten av studien. Nødvendige endringer ble gjort til på spørsmål 3a, 3b, 3c og 4. Over diagrammet på spørsmål 3a-3c ble det lagt til ”i slutten av 60 årene”, og like under diagrammet ble det lagt til ”pga. høy alder er tilbakeføring til arbeid ikke aktuelt”, ettersom disse opplysningene manglet. På spørsmål 4 ble den nødvendige opplysningen ”pasientene i begge grupper er ca. 65-70 år gamle” lagt inn.

3.3 Utvalg

Det ble gjort et utvalg av subjekter som var overkommelig innenfor rammen av en masteroppgave og som har en viss grad av representativitet for den alminnelige befolkningen, men har mer kjennskap og vet mer om helsepolitikken i Norge enn ”mannen i gata”.

Preferanser for prioritering etter alvorlighetsgrad ble innhentet ved personlig intervju et utvalg av subjekter som var medlemmer eller varamedlemmer av Helse og Sosialkomiteen i Oslo kommune, Helse og omsorgsutvalget i Lørenskog kommune og helse og sosialkomiteene i seks ulike bydeler (bydel Alna, bydel Grünerløkka, bydel Nordre Aker, bydel Vestre Aker, bydel Sagene og bydel St. Hanshaugen) av Oslo ble foretrukket. Disse komiteene og utvalgene ble foretrukket med tanke på praktiske årsaker som geografisk tilhørighet og kollektiv reising for meg. Ettersom jeg bor i Lørenskog kommune ble områder rundt Blindern og Lørenskog kommune foretrukket. Preferanser for prioritering av utvalg gjaldt ikke bare for Helse og sosialkomiteer i kommuner, medlemmer av bydelskomiteer kunne også delta. Derfor ble medlemmer av helse og sosialkomiteer hos 6 ulike bydeler i Oslo rekruttert. Områder som var nærliggende Blindern og Lørenskog ble foretrukket.

3.3.1 Helse og sosialkomiteen i Oslo kommune

Helse og sosialkomiteen i Oslo kommune ble opprettet ved bystyrevedtaket den 23.10.1985, og er en av fem fagkomiteer som tilhører bystyret.

Denne komiteen består av 14 faste medlemmer og 15 varamedlemmer fra ulike partier for perioden 2011-2015. Deres hovedansvarsområde er den kommunale og helse- og sosialtjenesten, samt ansvar for fylkeskommunale helsetjenester som ikke har blitt overført som følge av spesialisthelsetjenestereformen 1.1.2002. Komiteen har ansvar for flere områder og virksomheter blant annet: allmennlegevakten, allmennhelsetjenesten, helse og velferdsetaten, tiltak for eldre (eldresentre, sykehjem og omsorgsboliger), osv. [22].

3.3.2 Helse og omsorgsutvalget i Lørenskog Kommune

Helse og omsorgsutvalget er en sammenslåing av helsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten og rustjenesten. Denne administrative omorganiseringen skjedde den 1.juli 2011. Dette utvalget yter tjenester både til yngre og eldre mennesker som enten har fysisk eller psykisk sykdom eller utviklingshemming. Tjenester som tilbys av de råd, veiledning, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, omsorgsbolig, legetjenester, psykisk helse, fysioterapi, osv.

Helse og omsorgsutvalget i Lørenskog kommune består av 8 faste medlemmer og 14 varamedlemmer fra ulike partier for perioden 2011-2015. [23, 24]

3.3.3 Helse og sosialkomiteen ved bydelene i Oslo

Oslo kommune består av 15 bydeler og bydelene består av hver sin forvaltning og et bydelsutvalg oppnevnt av bystyret. Hovedoppgavene til bydelene er å forvalte, ivareta og drive den sosiale, eldre og primærhelsetjenesten. De ulike bydelene har flere utvalg og komiteer under seg, deriblant helse og sosialkomiteer. Antall medlemmer, varamedlemmer og arbeidsoppgaver kan variere hos de ulike helse og sosialkomiteene i Oslos bydeler. [25, 26]

3.4 Rekruttering

Medlemmer og varamedlemmer av Helse og sosialkomiteen i Oslo kommune ble rekruttert ved at komitesekretæren ble først sendt en mail, for å få kontaktopplysningene til komited medlemmene, som beskrevet i vedlegg 1. Kontaktopplysninger til de fleste av medlemmene og varamedlemmene ble hentet fra Helse og sosialkomiteen sin hjemmeside på internett. Da kontaktopplysningene var på plass, ble medlemmene og varamedlemmene sendt e-post og post med kort bakgrunnsinformasjon og forespørsel om intervjuundersøkelsen (se vedlegg 2 og 3). Deretter ble de kontaktet per e-post, SMS og telefon for å avtale møter. Det ble rekruttert 9 faste medlemmer og 5 varamedlemmer av Helse og sosialkomiteen i Oslo kommune. Disse avtalene ble planlagt frem i tid, enten på deres arbeidsplass, hjem eller en nærliggende cafe eller restaurant.

Medlemmer og varamedlemmer av Helse og omsorgsutvalget i Lørenskog kommune og medlemmer av Helse og sosialkomiteene i Oslo ble rekruttert på samme måte som medlemmer og varamedlemmer i Oslo kommune. Listen over medlemmer og varamedlemmer til utvalget i Lørenskog kommune lå enten på deres nettsteder eller så ble de tilsendt av komitesekretærene. Det ble rekruttert 7 medlemmer og 2 varamedlemmer av Helse og omsorgsutvalget i Lørenskog kommune. Kun faste medlemmer av Helse og sosialkomiteen av de seks ulike bydelene i Oslo ble rekruttert. Figur 3.1 viser oversikten over rekrutteringen.

Tabell 3.1 Oversikt over rekrutterte medlemmer av Helse og sosialkomiteene i Oslo

Bydel:	Antall komite-medlemmer intervjuet:	Totalt antall komited medlemmer:
Alna	3	7
Grünerløkka	4	8
Nordre Aker	4	7
Vestre Aker	4	6
Sagene	3	7
St. Hanshaugen	2	5

3.5 Intervjuing

Intervjuene ble utført på avtalte steder, og spørreskjemaene ble utfylt av subjektene i en personlig intervjusetting for å sikre gode svar og få oppklart uklarheter.

Subjektene avkrysset selv på spørreskjemaet og ble oppfordret til å tenke høyt og begrunne sine svar, slik at man fikk vite mer om de valgene og estimatene som ble foretatt av subjektene. Svarene ble notert for hånd av intervjuer og deretter nedskrevet på datamaskinen. Intervjuene tok mellom 13 og 38 minutter, og med et gjennomsnitt på ca. 22 minutter.

Intervjuundersøkelsene ble hovedsakelig foretatt på subjektens arbeidsplass, enten på deres kontor eller et møterom. Dersom det ikke var mulig å møte subjektene på deres arbeidsplass, ble subjektene intervjuet på en nærliggende cafe, restaurant eller hjemme hos dem.

Intervjuer som ikke var mulig å utføre ved å møte subjektene ble gjort per telefon.

Intervjuene ble foretatt ved at tidspunktet for undersøkelsen ble avtalt på forhånd (per telefon eller mail) og spørreskjemaene ble sendt per e-post enten dagen før (dersom intervjuet var tidlig om morgen), eller 1 time før intervjuundersøkelsen slik at subjektene kunne ha det foran seg under telefonsamtalen. Dersom subjektene ikke hadde utfylt skjemaet, ble undersøkelsen utført på samme måte som ovenfor. Hvis spørreskjemaet var utfylt av subjektene ble svarene gått igjennom, svarene ble notert og subjektene ble oppmuntret til å tenke høyt og fortelle sine tanker og begrunnelser. Det ble utført 7 telefonintervjuer som tok mellom 13 og 21 minutter, og med et gjennomsnitt på 17 minutter.

3.6 Godkjenning

Ettersom spørsmålene ikke gjaldt personenes egen helse, personlige helseopplysninger, samt at det ikke skulle samles biologisk materiale trengtes det ikke å søke om godkjenning fra Regional etisk komite for medisinsk og faglig forskningsetikk (REK). Det var heller ikke nødvendig å søke om godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), fordi spørreskjemaet ikke var meldepliktig og at svarene ikke kunne spores tilbake til enkeltpersonene [27, 28].

3.7 Datainnsamling

Datainnsamlingen fant sted i perioden februar-juni 2013. Subjektenes svar og kommentarer ble notert underveis i intervjuene og deretter nedskrevet elektronisk på Microsoft Word og Excel. Dataene ble lagret på eksterne harddisker. Se 3.4 for hvordan rekrutteringen ble foretatt.

3.8 Analyser

Resultater for denne masteroppgaven presenteres i form av enkle frekvensfordelinger som sees i sammenheng med kvalitative data i form av kommentarer og begrunnelser som ble gitt underveis i intervjuene. Konsistens i svarene belyses med krystabeller med svarfordelinger fra ulike spørsmål om det samme temaet. Fordelinger vises for hele utvalget, for de som svarte noenlunde konsistent, og – for fullstendighets skyld - for ulike subgrupper. Materialet i denne oppgaven er for lite til å tillate subgruppeanalyser i noen særlig grad, men enkelte forskjeller mellom grupper blir belyst og kommentert. Det gjelder i første rekke forskjeller mellom kjønn, aldersgrupper, utdanningsgrupper og politiske partier. For signifikansberegninger ble det benyttet t-test.

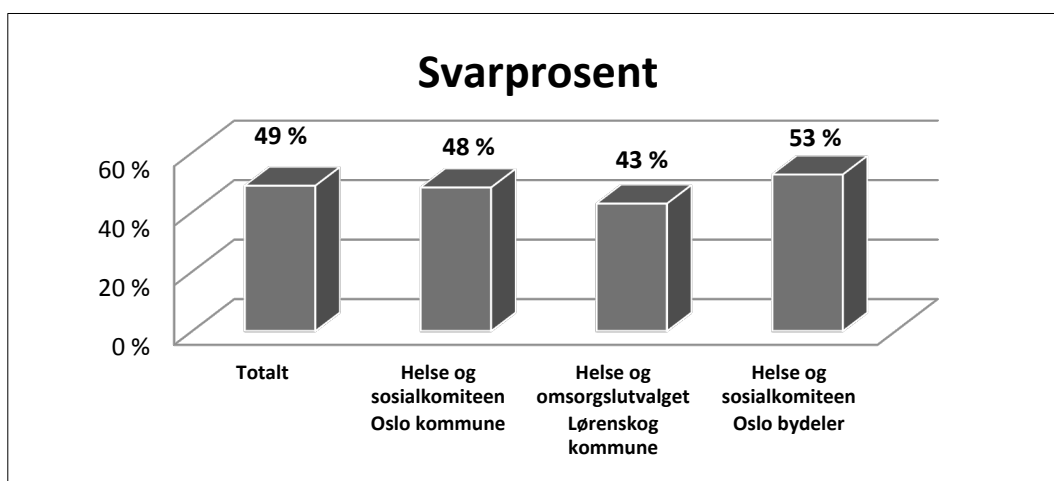
4 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultater fra spørreundersøkelsen. Først vil bakgrunnsdata presenteres, så blir resultater fra de ulike spørsmålene bli presentert og deretter presenteres sammenhengen mellom de ulike spørsmålene. Undersøkelsen som ligger til grunn for denne masteroppgaven har blitt nevnt i kapittel 3.

4.1 Bakgrunnsdata

46 subjekter deltok i spørreundersøkelsen. Det ble registrert 43 av 46 svar, 3 av svarene ble ekskludert fra undersøkelsen. Syv intervjuer ble gjort per telefon, og resterende 36 intervjuer ble gjort personlig. De registrerte svarene fra de intervjuede subjektene har en total svarprosent på 49 %. Svarprosenten er regnet ut av de som deltok på undersøkelsen i forhold til de som ikke deltok på undersøkelsen av medlemmer og varamedlemmer av Helse og sosialkomiteen i Oslo kommune, Helse og omsorgsutvalget Lørenskog kommune og medlemmer av Helse og sosialkomiteene i Oslos bydeler. Ettersom tre ulike utvalg ble intervjuet er det relevant å sammenligne svarprosentene fra disse komiteene og utvalgene. Denne sammenlikningen er illustrert på figur 4.1 nedenfor. Utvalgets fordeling på sted, medlemsstatus, parti, utdanning, kjønn og alder er illustrert på tabell 4.1-4.4 på de tre neste sidene.

Figur 4.1 Svarprosent på spørreundersøkelsen (N= 43 subjekter)



Tabell 4.1 Utvalget fordelt på sted, kjønn, alder og utdanning.
Prosentandelen er angitt i parentes

	Alle	Helse og Sosialkomiteen Oslo Kommune	Helse og Sosialutvalget Lørenskog Kommune	Helse og Sosialkomiteen ved 6 ulike bydeler i Oslo*
Antall	43	14 (33 %)	9 (21 %)	20 (47 %)
Kjennetegn				
Kjønn (%)				
Mann	26 (60 %)	9 (64 %)	5 (56 %)	12 (60 %)
Kvinne	17 (40 %)	5 (35,71 %)	4 (45,45 %)	8 (40 %)
Alder (år)				
Gjennomsnitt	47,37	43,92	48,44	49,6
Median		41	49	50,5
Utdanning (%)				
Grunnskolen/ Folkeskolen	1 (2 %)			1 (5 %)
Videregående skole	9 (21 %)	3 (21,43 %)	1 (11 %)	5 (25 %)
Høgskolen/Universitetet	33 (77 %)	11 (78,57 %)	8 (89 %)	14 (70 %)

Tabell 4.1 viser oss kjønnsfordelingen av subjektene, 26 av 43 subjekter er menn og 17 kvinner. Det gir en svarprosent på 60 % og 40 % blant henholdsvis menn og kvinner. Aldersfordelingen er fra 25 år til 69 år. Gjennomsnittsalderen er på 47,37 år og medianen er 48 år. En stor andel av subjektene 77 % hadde høyere grads utdanninge (høgskolen/universitetet), mens 21 % hadde sin høyeste fullførte utdanninge fra videregående skole og kun et subjekt fra grunnskolen (2 %).

Tabell 4.2 Fordeling etter komite/utvalg
Prosentandelen per komite/utvalg er angitt i parentes

Alternativ	Alle	Helse og sosialkomiteen Oslo Kommune	Helse og sosialutvalget Lørenskog kommune	Helse og sosialkomiteen Oslo (6 bydeler)
Antall	43	14 (33 %)	9 (21 %)	20 (47 %)

Tabell 4.2 forteller oss at flesteparten av de som ble intervjuet tilhørte Helse og Sosialkomiteen hos de 6 ulike bydelene i Oslo. Det utgjorde en svarprosent på 47 % som tilsvarer 20 subjekter.

Tabell 4.3 Fordeling etter medlemsstatus
Prosentandelen for medlemsstatus er oppgitt i parentes

Alternativ	Alle	Helse og sosialkomiteen Oslo Kommune	Helse og sosialutvalget Lørenskog kommune	Helse og sosialkomiteen Oslo (6 bydeler)
Antall	43	14	9	20
Medlemmer	36 (84 %)	9	7	20
Varamedlemmer	7 (16 %)	5	2	0

Flesteparten av de som ble intervjuet var faste medlemmer av Helse og sosialkomiteen/omsorgsutvalget. Dette var ikke tilfeldig ettersom hovedfokuset vårt var å intervju subjekter som hadde faste verv og samtidig hadde en bedre forståelse og kjennskap om helsepolitikken i Norge. Kun faste medlemmer av Helse og sosialkomiteen i Oslo ble rekruttert og intervjuet.

Tabell 4.4 Fordeling etter partitilhørighet
Prosentandelen per parti er oppgitt i parentes

Alternativ	Alle	Helse og sosialkomiteen Oslo Kommune	Helse og sosialutvalget Lørenskog kommune	Helse og sosialkomiteen Oslo (6 bydeler)
Antall	43	14	9	20
Arbeiderpartiet (AP)	13 (30 %)	6	4	3
Høyre (H)	13 (30 %)	4	3	6
Fremskrittspartiet (FRP)	4 (9 %)	1		3
Sosialistisk venstreparti (SV)	4 (9 %)		2	2
Venstre (V)	6 (14 %)	3		3
Rødt (R)	2 (5 %)			2
Miljøpartiet De Grønne (MDG)	1 (2 %)			1

Tabell 4.3 viser oss at flesteparten ca. 60 % av de som ble rekruttert og intervjuet tilhørte enten Arbeiderpartiet eller Høyre, henholdsvis 30 % hver. En stor andel av politikerne hos de ulike komiteene og utvalget tilhørte enten Arbeiderpartiet eller Høyre. De resterende av subjektene tilhørte de borgerlige partiene (Høyre, Frp og Venstre), mens 7 % av subjektene tilhørte småpartiene (Rødt og MDG).

4.2 Intervjuene

Intervjuene varte mellom 13 og 38 minutter og hadde et gjennomsnitt på 19,5 minutter.

Intervjuene som ble gjort per telefon varte mellom 13 og 21 minutter med et gjennomsnitt på 17 minutter. Intervjuene ble foretatt ved å bruke en mal utarbeidet av min professor Erik Nord (vedlegg 6).

På begynnelsen av spørreundersøkelsen fikk subjektene en kort forklaring på hva undersøkelsen gikk ut på. Noen av subjektene trengte forklaring av enkelte konsepter til undersøkelsen, deriblant hvordan spørsmål 3a-3c skulle besvares. Enkelt subjekter fant det vanskelig å på svare spørsmålet om antallsekvivalens. Det spørsmålet som var vanskeligst å besvare og tok mer tid enn andre var spørsmålet om å redde liv i forhold til å avverge kronisk sykdom og funksjonshemming (spørsmål 4). Et fåtall av subjekter som ble intervjuet mente at undersøkelsen ikke var realistisk, samt at det ikke var mulig å sammenligne to ulike helsetilstander mot hverandre. To av subjektene fra Helse og sosialkomiteene i Oslo (bydel Alna og bydel Grünerløkka) ønsket ikke å være med i undersøkelsen og en annen person fra Helse og omsorgsutvalget i Lørenskog kommune misforstod undersøkelsen. Svarene og kommentarene til disse subjektene ble ekskludert fra denne studien.

Den generelle oppfatningen fra denne intervjuundersøkelsen var at subjektene skjønte problemstillingen og hadde en god forståelse av spørsmålene. Men samtidig var det vanskelig for enkelte å sammenligne to ulike helsetilstander mot hverandre.

Tabell 4.5 viser den fullstendige datamatriksen for undersøkelsen. I det følgende presenteres resultater for et spørsmål av gangen.

Tabell 4.5 Svarfordeling av hele undersøkelsen

	Svar:						
Nr:	Innledende spørsmål	1	2	3a	3b	3c	4
1	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	200	20	150	100
2	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	40	5	40	200
3	Størst effekt	Fordeles likt	Fordeles likt	5	11	8	30
4	Alvorligst syke	Fordeles likt	Mest til B	40	20	15	40
5	Alvorligst syke	Mest til B	Mest til B	90	20	20	1000
6	Størst effekt	Mest til B	Mest til B	200	150	200	50
7	Alvorligst syke	Mest til A	Mest til B	5	20	7	100
8	Størst effekt	Mest til A	Fordeles likt	50	65	85	225
9	Alvorligst syke	Fordeles likt	Mest til B	100	10	20	40
10	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	10	10	10	10
11	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	10	10	10	10
12	Størst effekt	Mest til B	Fordeles likt	1000	55	10	1000
13	Alvorligst syke	Mest til B	Mest til B	150	200	200	40
14	Alvorligst syke	Mest til A	Mest til B	usikker	10	10	100
15	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	25	30	30	110
16	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	30	30	20	100
17	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	1,5	25	1000	1000
18	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	25	50	6,5	75
19	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	100	11	10	20
20	Alvorligst syke	Mest til B	Mest til B	75	10	100	10
21	Størst effekt	Mest til A	Mest til B	50	30	110	30
22	Størst effekt	Mest til A	Fordeles likt	Usikker	Usikker	Usikker	Usikker
23	Størst effekt	Mest til A	Mest til B	11	11	9	12
24	Alvorligst syke	Fordeles likt	Mest til B	1000	100	1500	100
25	Størst effekt	Mest til A	Mest til B	10	10	10	10
26	Størst effekt	Mest til A	Fordeles likt	20	20	20	10
27	Alvorligst syke	Mest til B	Mest til B	100	100	100	100
28	Lik prioritet	Fordeles likt	Fordeles likt	90	60	90	10
29	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	100	100	10	10
30	Alvorligst syke	Mest til B	Mest til B	50	50	50	1
31	Størst effekt	Mest til A	Mest til B	17,5	7	40	40
32	Lik prioritet	Mest til A	Fordeles likt	50	50	500	10
33	Lik prioritet	Fordeles likt	Mest til B	100	15	500	50
34	Alvorligst syke	Mest til A	Mest til A	50	50	50	50
35	Størst effekt	Mest til A	Mest til A	10	10	10	10
36	Størst effekt	Fordeles likt	Fordeles likt	10	10	10	100
37	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	20	10	40	1
38	Størst effekt	Mest til A	Mest til B	101	100	101	101
39	Størst effekt	Fordeles likt	Fordeles likt	1000	100	1000	1000

40	Alvorligst syke	Mest til A	Mest til B	100	75	101	50
41	Alvorligst syke	Fordeles likt	Fordeles likt	50	20	50	75
42	Lik prioritet	Mest til A	Fordeles likt	10	10	10	10
43	Alvorligst syke	Fordeles likt	Mest til B	35	15	40	27,5

4.3 Innledende spørsmål

Tabell 4.6 Resultater fra det innledende spørsmålet

Svaralternativer	Alvorligst syke	Størst behandlingseffekt	Samme Prioritet
Totalfordeling	14 (33 %)	25 (58 %)	4 (9 %)
Utvalg:			
Helse og sosialkomiteen Oslo Kommune	4	10	
Helse og omsorgsutvalget Lørenskog Kommune	3	6	
Helse og sosialkomiteene Oslo	7	9	4
Kjønn:			
Mann	8	17	1
Kvinne	6	8	3
Alder:			
20-30			1
31-40	5	8	
41-50	2	10	1
51-60	3	6	2
61-70	4	1	
Utdanning:			
Grunnskole	1		
Videregående	3	5	1
Høgskole/Universitetet	10	20	3
Verv:			
Medlem	11	21	4
Varamedlem	3	4	
Partitilhørighet:			
Arbeiderpartiet	5	8	
Høyre	2	10	1
Fremskrittspartiet (Frp)	3	1	
Sosialistisk Venstreparti (SV)	2	2	
Venstre (V)	1	3	2
Rødt (R)	1		1
Miljøpartiet De Grønne (MDG)		1	

På begynnelsen av undersøkelsen ble subjektene stilt et innledende spørsmål som ledet subjektene inn i temaet tilknyttet til undersøkelsen, og spørsmålet var:

”Hvilke grupper synes du man bør prioritere - de som er alvorligst syke, eller de som behandlingseffektene er størst for?”

Resultatene fra det innledende spørsmålet er gjengitt på tabell 4.6 og viser et stort flertall for valget ”Prioritet til de med størst behandlingseffekt” i forhold til ”Prioritet til de som er alvorligst syke”, mer enn halvparten 53 % prioriterer det høyere enn det andre alternativet 33 %. 9 % av subjektene ga begge prioriteringsalternativene samme prioritet.

I gruppene (Helse og sosialkomiteen i Oslo kommune og Helse og sosialutvalget i Lørenskog kommune) mente en stor prosentandel henholdsvis 71 % og 67 % at prioritet må gis til de med størst behandlingseffekt, men 45 % av Helse og sosialkomiteene i de ulike bydelene ga det som prioritet. Menn ga større prioritet til gruppen med størst behandlingseffekt, enn kvinner. Nesten halvparten 20 av 43 medlemmer som prioriterte de med størst behandlingseffekt hadde en høyere grads utdanning og hadde faste verv i sine komiteer/utvalg.

Begrunnelser for valget ”prioritet til størst behandlingseffekt” var at folk mente det var større nytte å behandle subjekter som får bedre effekt av behandlingen enn å behandle alvorlig syke subjekter som ikke får så god effekt av behandlingen. Dette ble argumentert med at helseressurser bør brukes best mulig hvor man får mer helse per krone og er samfunnsøkonomisk viktig. Et av subjektene sa det slik: *”Det å være syk er en del av livet og døden er en uunngåelig utgang. Derfor velger jeg det som er samfunnsøkonomisk viktig og velger de som har størst behandlingseffekt.”*

Andre mente at de har større behov for hjelp samt at de alvorligst syke er dyrt å behandle. Det vil gi en marginal bedring som vil føre til mer bruk av penger i fremtiden. Mens andre oppveiet gruppene mot hverandre og vektla parametere som livsforbedring og livsforlengelse. Et av subjektene sa det slik: *”Det er helt greit å betale 2-3 millioner kr for et barn som er 2-3 år, hvis situasjonen er slik at barnet dør dersom det ikke opereres og vil leve normalt dersom det opereres. Men jeg er ikke villig til å betale 200.000 kr for en operasjon, slik at en 80 åring kan leve et halvt år til.”*

På alternativet “størst behandlingseffekt” er andelen av Høyre større enn Fremskrittspartiet. T-verdien på 2,11 er statistisk signifikant på 0,05 nivået.

De vanligste kommentarene og begrunnelsene for å velge de som er alvorligst syke var at deres livssituasjon var kritisk og deres allmenntilstand var dårligere enn de andre. Andre subjekter valgte dette alternativet umiddelbart og rent affektivt ettersom det var det ”riktige alternativet”. En annen begrunnelse var å redde liv og behandle de sykeste først, penger og samfunnsøkonomiske aspekter bør ikke spille en rolle.

Subjekter som valgte samme prioritet begrunnet det ved at begge grupper bør prioriteres og valg av grupper og behandling bør ikke begrenses av pengebruk eller ressursbruk. Norge har nok av ressurser og penger til å hjelpe alle. Den første som kommer bør få hjelp.

4.4 Spørsmål 1

Tabell 4.7 Resultater fra spørsmål 1

Prosentandelen på totalfordelingen er oppgitt i parentes

Svaralternativer	Mest til A	Mest til B	Fordele likt
Totalfordeling	15 (35 %)	7 (16 %)	21 (49 %)
Utvalg:			
Helse og sosialkomiteen Oslo Kommune	3	4	7
Helse og omsorgsutvalget Lørenskog Kommune	3	1	5
Helse og sosialkomiteene Oslo	9	2	9
Kjønn:			
Mann	12	6	8
Kvinne	3	1	13
Alder:			
20-30	1		
31-40	3	2	8
41-50	3	1	9
51-60	3	4	4
61-70	5		
Utdanning:			
Grunnskole			1
Videregående	4	2	3
Høgskole/Universitetet	11	5	17
Verv:			
Medlem	13	5	18
Varamedlem	2	2	3
Partitilhørighet:			
Arbeiderpartiet	4	3	6
Høyre	2	3	8
Fremskrittspartiet (Frp)	3		1
Sosialistisk Venstreparti (SV)	3		1
Venstre (V)	2	1	3
Rødt (R)	1		1
Miljøpartiet De Grønne (MDG)			1

På spørsmål 1 ble subjektene spurt om å velge mellom tre ulike svaralternativer for to ulike grupper med like vanlig sykdom men med ulikt sykdomsbilde. Gruppe A har en sykdom med alvorlige plager som vil gjøre de ”noe bedre”, og gruppe B har en sykdom med moderate plager som vil gjøre de ”vesentlig bedre”. Det ble illustrert at det var for lite behandlingsskapasitet, og bevilgningen kunne kun økes noe.

Subjektene hadde tre svaralternativer. Alternativ 1 var å øke bevilgningen for alternativ B med størst behandlingseffekt, alternativ 2 for A fordi de har det verst og alternativ 3 var å fordele det noenlunde likt mellom A og B.

Tabell 4.7 forteller at flesteparten ca. 49 % valgte alternativ 3 (fordele likt), ca. 35 % valgte alternativ 2 (mest til A) og ca. 16 % valgte alternativ 1 (mest til B).

De som valgte ”mest til A” begrunnet det med at de har det verst i utgangspunktet og bør hjelpes, samt at gevinsten i forhold til livskvaliteten er større. A har større behov og det er viktigere å behandle de. Et klart flertall av menn enn kvinner valgte ”mest til A”.

Alternativet ”mest til A” er andelen av Fremskrittspartiet større enn Høyre. T-verdien på 2,49 er statistisk signifikant på 0,05 nivået.

De som valgte ”mest til B” begrunnet det med at denne gruppen blir vesentlig bedre og nesten ”kurert” i motsetning til Gruppe A. Det ble også begrunnet med at det er samfunnsøkonomisk bedre å hjelpe de. Valget B kan gi større ”verdiskapning” og ”gi penger til samfunnet”, samt at de gagner både familien og venner å behandle en person/gruppe som har stor behandlingseffekt.

De fleste av subjektene valgte ”å fordele likt”. De fleste subjektene begrunnet det med at de ønsker å behandle begge gruppene og at alle mennesker er verdt like mye. Man vil få begge gruppene på lik nivå, få økt livskvaliteten til begge og få muligheten til å behandle flere subjekter.

4.5 Spørsmål 2

Tabell 4.8 Resultater fra spørsmål 2

Prosentandelen på totalfordelingen er oppgitt i parentes

Svaralternativer	Mest til B	Fordele likt
Totalfordeling	23 (53 %)	20 (47 %)
Utvalg:		
Helse og sosialkomiteen Oslo Kommune	7	7
Helse og omsorgsutvalget Lørenskog	7	2
Helse og sosialkomiteene Oslo	9	11
Kjønn:		
Mann	17	9
Kvinne	6	11
Alder:		
20-30		1
31-40	6	7
41-50	7	6
51-60	7	4
61-70	3	2
Utdanning:		
Grunnskole		1
Videregående	2	7
Høgskole/Universitetet	22	11
Verv:		
Medlem	20	16
Varamedlem	3	4
Partitilhørighet:		
Arbeiderpartiet	7	6
Høyre	10	3
Fremskrittspartiet (Frp)	1	3
Sosialistisk Venstreparti (SV)	3	1
Venstre (V)	1	5
Rødt (R)		2
Miljøpartiet De Grønne (MDG)	1	

Spørsmål 2 tok for seg hvordan man ville fordele ressurser mellom mennesker som blir rammet av to ulike sykdommer med samme alvorlighetsgrad, men med ulikt potensiale for helseforbedring.

Tiltak 1 kunne gjøre pasienter med sykdom A ”noe bedre” og tiltak 2 kunne gjøre pasienter med sykdom B ”vesentlig bedre”. Slik som spørsmål 1 var det lite behandlingskapasitet og man kunne øke bevilgningene noe. Alternativ 1 var å la det meste gå til B, hvor det er størst behandlingseffekt og tilsvarer mer helse per kroner. Alternativ 2 var å fordele ressursene likt, ettersom de har like alvorlige plager og har lik rett til å bli hjulpet.

Tabell 4.8 viser oss at 23 av 43 subjekter (53 %) støttet seg til holdningen om å gi den meste av økningen til gruppe B, mens 20 av 43 subjekter (47 %) valgte alternativ 2 om å fordele noenlunde likt mellom de to pasientgruppene.

Begrunnelsene for å gi mest til B var at de har større effekt av behandlingen og man får mer helse per krone. Begge gruppene har lik utgangspunkt og den som får størst behandlingseffekt bør prioriteres enn en gruppe som får marginal forbedring.

Alternativet “mest til B” er andelen av universitet/ høyskolen større enn videregående skole. T-verdien på 2,75 er statistisk signifikant på 0,05 nivået.

Alternativet “mest til B” er andelen av Høyre større enn Fremskrittspartiet. T-verdien på 2,11 er statistisk signifikant på 0,05 nivået.

Begrunnelsene for å fordele likt var at begge gruppene har lik rett til behandling. De har like alvorlige sykdommer og ved å hjelpe begge pasientgrupper får man begge opp på et høyere funksjonsnivå. I motsetningen til de andre utvalgene prioriterte Helse og sosialkomiteen i Oslos bydeler å fordele likt.

4.6 Spørsmål 3a-c og 4

Spørsmål 3a-3c, som tidligere nevnt, består av parvise sammenlikninger av ulike tiltak. Her ble subjektene bedt om å velge mellom prosjekter som skiller seg fra hverandre med henhold til alvorlighetsgrad og behandlingseffekt. I hver oppgave ble subjektene først bedt om å velge mellom 10 av X (alvorlig situasjon) eller 10 av Y (mindre alvorlig), deretter 10 av X eller 100 Y. Senere skulle de angi hvor mange behandlinger av en type behandling som de anser like verdifullt som 10 behandlinger av den andre (antallsekvivalens), se vedlegg 7. På spørsmål 4 ble subjektene bedt om å prioritere mellom å redde liv (10 A) i forhold til det å avverge kronisk sykdom og funksjonshemming (10 B). På de to første delspørsmålene kunne subjektene enten velge 10 A eller 10 B og på neste delspørsmål 10 A eller 100 B. Deretter ble subjektene spurt om hvor mange subjekter som må hjelpes i helsetilstand B, for at det skal være ekvivalent med å hjelpe 10 subjekter i tilstand A.

Tabell 4.9 viser oss valg mellom antall ulike tilfeller på spørsmål 3a-c og 4. Det viser oss sammenlikningene av de som valgte 10 X i forhold til 10 Y og 10 X i forhold til 100 Y.

Tabell 4.9 Valg mellom ulik antall tilfeller

	Sammenlikning av 10 X og 10 Y				Sammenlikning av 10 X og 100 Y		
	Valgte 10 X	Valgte 10 Y	Usikker		Valgte 10 X	Valgte 100 Y	Usikker
Spørsmål 3a	31	7	5		6	31	6
Spørsmål 3b	34	5	4		7	31	5
Spørsmål 3c	31	9	3		18	21	4
Spørsmål 4*	32	6	5		16	24	3

**Spørsmål 4 hvor $X=A$ og $Y=B$*

4.6.1 Sammenlikning av 10 X og 10 Y

På første delspørsmål 3a valgte 31 av 43 subjekter (ca. 72 %) pasientgruppe 10 X, en forbedring fra nivå 7 (helt sengeliggende) til nivå 4 (bevege seg med besvær i hjemmet). Mens 7 stykker valgte alternativet 10 Y som hadde en helseforbedring fra nivå 4 til nivå 5, 5 subjekter besvarte usikker. Se vedlegg 7 for nærmere informasjon om verktøyet. De vanligste begrunnelsene for at 10 X ble foretrukket fremfor 10 Y var at denne gruppen hadde det verst i utgangspunktet, de hadde dårlig livskvalitet og man fikk hevet det betraktelig ved å hjelpe de. Subjektene ville prioritere de alvorligst syke fremfor de som kunne bli enda bedre. De som valgte 10 Y begrunnet det med at Y blir nesten helt friske, de vil klare seg selv og ikke ha behov for hjelp i motsetning til 10 X.

På spørsmål 3b valgte 34 av 43 (ca. 79 %) 10 X enn 10 Y, en helseforbedring fra nivå 5 til 4, mens 5 subjekter prioriterte 10 Y i forhold til 10 X (ca. 12 %) og 4 subjekter besvarte usikker. Begrunnelsen for å prioritere 10 X var at de hadde det verre enn Y. Det ble påpekt av flere subjekter at det å bevege seg hjemme uten hjelp har en stor betydning for livskvaliteten.

Spørsmål 3c var helseforbedringene for tilsand X fra 6-5 og for tilstand Y fra 3-2. Her valgte 31 av 43 subjekter (72 %) 10 X, 9 subjekter valgte 10 Y og 3 subjekter besvarte usikker. Begrunnelsen for å velge 10 X enn 10 Y var de samme som ovenfor, det var viktigere å hjelpe de som var alvorligst syke og øke livskvaliteten deres. Det å sitte enn å være delvis sengeliggende ble sett på som en større gevinst enn å bevege seg ubesvær overalt, men ha problemer med å gå mer enn en kilometer. De som valgte 10 Y begrunnet det med at de blir selvhjulpne og være uavhengige av hjelp. Stor helseforbedring fra sengeliggende til å bevege seg. Viktig å få de ut fra pleietrengende tilstand.

På spørsmål 4 ”redde liv i forhold til å avverge kronisk sykdom og funksjonshemmelse” valgte 32 av 43 subjekter 10 A, mens 6 subjekter valgte 10 B og 5 subjekter besvarte usikker. Den vanligste begrunnelsen var at det å redde liv var det viktigste og beste valget. De som valgte 10 B begrunnet det med at funksjonshemmelse går over død, ”funksjonshemmelse koster mye penger, død koster ikke mye penger”.

En gjentakende begrunnelse og kommentar for valget 10 X var at de alvorligst syke trengte mest hjelp og burde prioriteres.

4.6.2 Sammenlikning av 10 X og 100 Y

Generelt valgte fleste subjekter 100 Y framfor 10 X på både spørsmål 3a-c og 4.

På spørsmål 3a valgte 31 av 43 subjekter 100 Y, mens et fåtall av subjekter valgte 10 X.

Resultatet på spørsmål 3b var ganske lik 3a, ettersom 31 subjekter valgte 100 Y og 7 subjekter valgte 10 X. Begrunnelsene for at 100 Y ble valgt var at man økte livskvaliteten til flere subjekter på samme kostnad. Man får mer helse per krone som gir en bedre samfunnsøkonomisk effekt noe som er lønnsomt og nyttig for samfunnet. En gjentakende kommentar var at det var flere subjekter og gevinsten var større. Et fåtall av subjekter på spørsmål 3a og 3b (6 og 7) valgte 10 X ettersom de hadde det dårligst og burde prioriteres selv om det kostet mer å behandle dem.

På spørsmål 3c valgte 21 subjekter 100 Y og 18 subjekter valgte 10 X, mens 4 subjekter valgte usikker. Begrunnelsene for å velge 100 Y var at det hjalp flere subjekter til å bli funksjonelle samt at det var mer helse per kroner. En stor andel ca. 42 % valgte 10 X, ettersom de mente at denne gruppen fikk større helseforbedring og bedre livskvalitet enn 10Y. 10 Y hadde det *"bra nok fra før og fikk det litt bedre ved helsehjelp, nytten er større hos 10 X enn 100 Y"*. En annen person sa det slik *"10X ville ha vært beste alternativet. 10Y ville ha vært sløsing."*

På spørsmål 4 valgte 16 subjekter å prioritere 10 X, 24 subjekter valgte 100 Y, mens 3 subjekter besvarte usikker. Det å redde 100 subjekter fra funksjonshemmelse ble sett på som samfunnsøkonomisk gunstig, ettersom man hjelper så mange flere enn å redde liv. De som valgte 10 X kommenterte det med at døden er det verste utgangspunktet, en person beskrev det slik: *"Det er viktigere å redde 10 menneskeliv enn at de dør, den andre gruppen vil leve, men en som er bevegelses/funksjonshemmet kan leve 10-40 år til og lese bøker, se på TV osv. Man har et liv"*. En annen person sa det slik: *"Jeg vil heller dø, enn å bli bevegelseshemmet. Det er fordi det verre å la 10 B ikke bli behandlet og få de til å bli bevegelseshemmet. Det er bedre å dø enn å bli funksjonshemmet"*.

4.6.3 Spørsmål 3a-c og 4

Tabellene 4.10-4.13 viser de fullstendige resultatene fra spørsmål 3a-c og spørsmål 4 om antallsekvivalens, altså hvor mange som må hjelpes av den mindre alvorlige tilstanden (Y) for at det skal være likeverdig med den mer alvorlige tilstanden 10 X.

Tabell 4.10 Resultater av spørsmål 3a

Svaralternativer		Us- ikker	0 - 9	1 0	11- 20	21- 30	31- 40	41- 50	51- 60	61- 70	71- 80	81- 90	91- 100	10 1 -
Totalfordeling		2	3	7	4	3	3	6			1	3	6	5
Konsistens	31		3	2	3	3	3	6			1	2	5	3
Utvalg:														
Helse og sosialkomiteen Oslo Kommune		1	2	2			2	1				1	2	2
Helse og omsorgsutvalget Lørenskog		1	1	1		3		1			1		1	
Helse og sosialkomiteene Oslo				4	4		1	4				2	3	3
Kjønn:														
Mann		2	2	5	2	1	2	5				2	3	1
Kvinne			1	2	2	2	1	1			1	1	3	4
Alder:														
20-30								1				1		
31-40			1	3		1	2					1	2	2
41-50		2	2	1	2	1	1	1					2	2
51-60				2		1		3			1	1	1	1
61-70				1	2			1					1	
Utdanning:														
Grunnskole														1
Videregående				5	1			1			1			2
Høgskole/Universitetet		2	3	2	3	3	3	5				3	6	2
Verv:														
Medlem		1	3	4	4	3	3	6			1	2	5	5
Varamedlem		1		3								1	1	
Partitilhørighet:														
Arbeiderpartiet		1	1	3		2	1	1				1	1	2
Høyre			2		2		1	3			1		5	
Fremskrittspartiet (Frp)				2	1			1						
Sosialistisk Venstreparti (SV)		1				1								2
Venstre (V)				1	1			1				2		
Rødt (R)				1										1
Miljøpartiet De Grønne (MDG)							1							

Tabell 4.11 Resultater av spørsmål 3b

Svaralternativer		Usi- kker	0 - 9	1 0	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80	81 - 90	91- 100	10 1 -
Totalfordeling		1	2	1 2	9	4		5		2	1		5	2
Konsistens	32		1	6	8	4		5		2	1		4	1
Utvalg:														
Helse og sosialkomiteen Oslo Kommune			1	5	4			1		1				2
Helse og omsorgsutvalget Lørenskog		1		2	1	4		1						
Helse og sosialkomiteene Oslo			1	5	4			3		1	1		5	
Kjønn:														
Mann		1	1	8	6	2		3		2			1	2
Kvinne			1	4	3	2		2			1		4	
Alder:														
20-30								1						
31-40			1	4	4	1		1					2	
41-50		1		5	3	1		1					1	1
51-60				2	1	2		2		1			2	1
61-70			1	1	1					1	1			
Utdanning:														
Grunnskole													1	
Videregående				5	1			2					1	
Høgskole/Universitetet		1	2	7	8	4		3		2	1		3	2
Verv:														
Medlem			2	9	7	4		4		2	1		5	2
Varamedlem		1		3	2			1						
Partitilhørighet:														
Arbeiderpartiet			1	4	1	3		1			1		1	1
Høyre			1	3	4	1		2					1	1
Fremskrittspartiet (Frp)				3						1				
Sosialistisk Venstreparti (SV)		1						1					2	
Venstre (V)				1	3			1		1				
Rødt (R)				1									1	
Miljøpartiet De Grønne (MDG)					1									

Tabell 4.12 Resultater av spørsmål 3c

Svaralternativer		Us- ikker	0 - 9	1 0	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80	81 - 90	91- 10 0	10 1 -
Totalfordeling:		1	3	1	5	1	4	3				2	1	12
Konsistens	29		5	2	3	1	3	1				1	3	10
Utvalg:														
Helse og sosialkomiteen Oslo Kommune			1	5	3		1					1		3
Helse og omsorgsutvalget Lørenskog Kommune		1	2	1	1	1								3
Helse og sosialkomiteene Oslo				5	1		3	3				1	1	6
Kjønn:														
Mann		1	2	6	3		3	3				1	1	6
Kvinne			1	5	2	1	1					1		6
Alder:														
20-30														1
31-40				5	2	1	2							3
41-50		1	1	3	2		1	2						3
51-60			2	2				1				1	1	4
61-70				1	1		1					1		1
Utdanning:														
Grunnskole														1
Videregående				5	1			1						2
Høgskole/Universitet		1	3	6	4	1	4	2				2	1	9
Verv:														
Medlem			2	8	3	1	4	3				2	1	12
Varamedlem		1	1	3	2									
Partitilhørighet:														
Arbeiderpartiet			2	4	1	1	1						1	3
Høyre				3	2		1	3						4
Fremskrittspartiet (Frp)				2			1					1		
Sosialistisk Venstreparti (SV)		1	1											2
Venstre (V)				1	2							1		2
Rødt (R)				1										1
Miljøpartiet De Grønne (MDG)							1							

Tabell 4.13 Resultater av spørsmål 4

Svaralternativer		Usi- kker	0 - 9	10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80	81 - 90	91 - 100	1 0 1 -
Totalfordeling		1	2	10	2	3	4	4			2		7	8
Konsistens	27		2	2	2	3	2				2		6	8
Utvalg:														
Helse og sosialkomiteen Oslo Kommune				2		1	3	1					3	4
Helse og omsorgsutvalget Lørenskog Kommune		1		1	2	1					1		1	2
Helse og sosialkomiteene Oslo			2	7		1	1	3			1		3	2
Kjønn:														
Mann		1	2	5	1	2	4	3			2		3	3
Kvinne				5	1	1		1					4	5
Alder:														
20-30				1										
31-40				2		1	1						3	6
41-50		1	1	1	1	1	2	1			1		3	1
51-60			1	4	1	1		2			1		1	
61-70				2			1	1						1
Utdanning:														
Grunnskole														1
Videregående				6				1					1	1
Høgskole/Universitetet		1	2	4	2	3	4	3			2		6	6
Verv:														
Medlem			2	8	1	3	3	4			2		7	6
Varamedlem		1		2	1		1							2
Partitilhørighet:														
Arbeiderpartiet				1	1	2	1	1					4	3
Høyre			1	2	1		3	3			1		1	1
Fremskrittspartiet (Frp)			1	2										1
Sosialistisk Venstreparti (SV)		1									1		1	1
Venstre (V)				4									1	1
Rødt (R)				1										1
Miljøpartiet De Grønne (MDG)						1								

4.6.4 Internkonsistens

Intern konsistens (reliabilitet) går ut på hvor nært et sett av indikatorer er knyttet til hverandre og korrelasjonen mellom dem [29].

Svarene til subjektene er delt opp etter kategoriene: helt konsistent, en viss konsistent, klart konsistent og kan ikke bedømmes. Helt konsistent vil si at svarene til subjektene var i samsvar med hverandre,” en viss konsistens” vil si samsvar til en viss grad, ”klart inkonsistent” som ikke var i samsvar med hverandre, mens ”kan ikke bedømmes” var usikre/uklare svar. Etter disse kriteriene ble svarenes konsistens bestemt:

Helt konsistent:

10 X, 10 X, > 100 Y

10 X, 100 Y, 10 < Y < 100

10 Y, 100 Y, Y < 10

Klart inkonsistent:

10 X, 10 X, Y < 100

10 X, 100 Y, Y > 100

10 Y, 100 Y, Y > 10

En viss konsistens:

10 X, 10 X, = 100 Y

10 X, 100 Y, Y = 10 eller 100

10 Y, 100 Y, Y = 10

Usikker, 10 X, > eller = 100 Y

Usikker, 100 Y, 10 = eller < Y < 100

10 Y, usikker, Y < eller = 10

(De tre sistnevnte gjelder «Usikker» på én av de to første sammenlikningene, en viss konsistens mellom den andre og det endelige tallet.)

Kan ikke bedømmes

«Usikker» på begge de to første sammenlikningene, eller «usikker» på det endelige tallet.

Dessuten eventuelt gjenværende ikke-klassifiserte.

Tabell 2.9 viser oss konsistensen til svarene på spørsmål 3a-c og 4.

Tabell 4.14 Intern konsistens i spørsmål 3a-c og 4
prosentandelen per svar er oppgitt i parentes

	Helt Konsistent	En viss konsistens	Klart inkonsistent	Kan ikke bedømmes	Sum
Spørsmål 3a	21 (48 %)	10	8 (19 %)	4	43
Spørsmål 3b	21 (48 %)	11	9 (21 %)	2	43
Spørsmål 3c	25 (58 %)	4	9 (21 %)	5	43
Spørsmål 4	21 (48 %)	6	10 (23 %)	6	43
Totalt	88 (51 %)	31 (18 %)	36 (21 %)	17 (10 %)	

Det ble funnet inkonsistens på alle fire spørsmål. Dersom man ser på konsistensen (Helt konsistens) til alle fire spørsmålene er andelen konsistente svar tilnærmet ganske lik. Den totale konsistensen er på 51 %, dersom man medregner med ”en viss konsistente svar” blir den på 69 %. Den totale inkonsistensen var på ca. 21%. 10 % av svarene kunne ikke bedømmes.

4.6.5 Spørsmål 3a-c og 4 antallsekvivalens

Medianverdien av ekvivalenssvarene for spørsmål 3a-c og 4 ligger mellom 20-50. Median på 50 for spørsmål 3a var høyest, mens en median på 20 var minst for spørsmål 3b. Den andelen som svarte helt konsistent eller med en viss grad konsistens var medianen på 75 høyest for spørsmål 4, mens median på 25 var lavest for spørsmål 3b.

Tabell 4.15 Median verdi for antall Y som anses ekvivalent med 10 X

	Hele Utvalget N	Median		Konsistente N	Median
Spørsmål					
3a	43	50		31	50
3b	43	20		32	25
3c	43	40		29	50

4.7 Sammenheng mellom svar på ulike spørsmål

Det er viktig å se at svarene til undersøkelsen er i sammenheng for å kunne undersøke og vurdere om subjektene har vært konsistente, slik at man kan få et bedre bilde av deres preferanser. Tabell 4.16-4.19 viser oss svarfordelingen for de ulike spørsmålene satt mot hverandre. Tabell 4.18 og 4.19 omfatter svar som var enten “klart konsistent” eller “en viss konsistent”. Figur 4.2-4.4 viser oss punktdiagram på svarene til spørsmål 3a satt opp mot 3b, 3c og 4.

4.7.1 Innledende spørsmål mot spørsmål 1

Tabell 4.16 viser oss svarfordelingen for det innledende spørsmålet mot spørsmål 1. Se 4.3 og 4.4 samt vedlegg 7 for nærmere informasjon om spørsmålene. Vi forventet at de som svarte prioritering til “alvorligst syke” på det innledende spørsmålet, ville ha valgt “alternativ A” på spørsmål 1. Motsatt var det forventet at de som prioriterte “størst behandlingseffekt” på innledende spørsmål, ville ha valgt “alternativ B” på spørsmål 1. ”Samme prioritet” var konsistens med “fordele likt” på spørsmål 1. ”Samme prioritet” var egentlig ikke et valg på det innledende spørsmålet, men noen subjekter prioriterte begge gruppene likt.

Tabell 4. 16 Svarfordeling for det innledende spørsmålet gruppert etter svar på spørsmål 1

	Alvorligst syke	Størst behandlingseffekt	Samme prioritet	Sum
Alternativ A	9	4	2	15
Alternativ B	2	5		7
Fordele likt	3	16	2	21
Sum	14	25	4	43

Alternativet “fordele likt” på spørsmål 1 var konsistens med alle tre alternativene på det innledende spørsmålet. 9 subjekter valgte “alvorligst syke” kombinert med “alternativ A”, mens 5 subjekter valgte “størst behandlingseffekt” i kombinasjon med “alternativ B”. Disse svarene samt de som valgte å fordele likt er konsistente svar.

4.7.2 Spørsmål 1 mot spørsmål 2

Tabell 4.17 viser svarfordelingen for spørsmål 1 gruppert etter svar på spørsmål 2. Se 4.4 og 4.5 samt vedlegg 7 for nærmere informasjon om spørsmålene. “Alternativ B” på spørsmål 1 i kombinasjon med “mest til B” på spørsmål 2 er konsistente svar, samt “fordele likt” på spørsmål 1 i kombinasjon med “fordele likt” på spørsmål 2. Svarfordelingen viser oss at 7 stykker valgte “alternativ B” i kombinasjon med “mest til B” og 12 stykker valgte “fordele likt” i kombinasjon med “fordele likt”. Mens 9 subjekter valgte direkte inkonsistens ved å velge “alternativ A” på spørsmål 1 i kombinasjon med “mest til B” på spørsmål 2.

Tabell 4.17 Svarfordeling for spørsmål 1 gruppert etter svar på spørsmål 2

	Alternativ A	Alternativ B	Fordele likt	Sum
Mest til B	9	7	6	23
Fordele likt	7	2	12	21
Sum	16	9	18	43

4.7.3 Spørsmål 1 mot spørsmål 3a

Tabell 4.18 viser svarfordelingen for spørsmål 1 gruppert etter svar på spørsmål 3a. Se vedlegg 7 og delkapitler 4.4 og 4.6 for mer informasjon om spørsmålene. Svar som var ikke konsistente og det som ikke kunne bedømmes er utelatt på tabell 4.18. Vi forventet at de som valgte “alternativ A” ville ha rangert gruppe X (alvorligst syke) høyere enn 10 Y. Av tabellen kan vi se at 7 subjekter rangerte gruppe X mer enn 10 Y.

Tabell 4.18 Svarfordeling for spørsmål 1 gruppert etter svar på spørsmål 3a

	Usikker	0-9	10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	101-	Sum
Alternativ A	1	1	1	2			3						2	10
Alternativ B							1				1		1	3
Fordele likt		1	1	2	3	2	1				1	2	5	18
Sum	1	2	2	4	3	2	5				2	2	8	31

4.7.4 Spørsmål 1 mot spørsmål 4

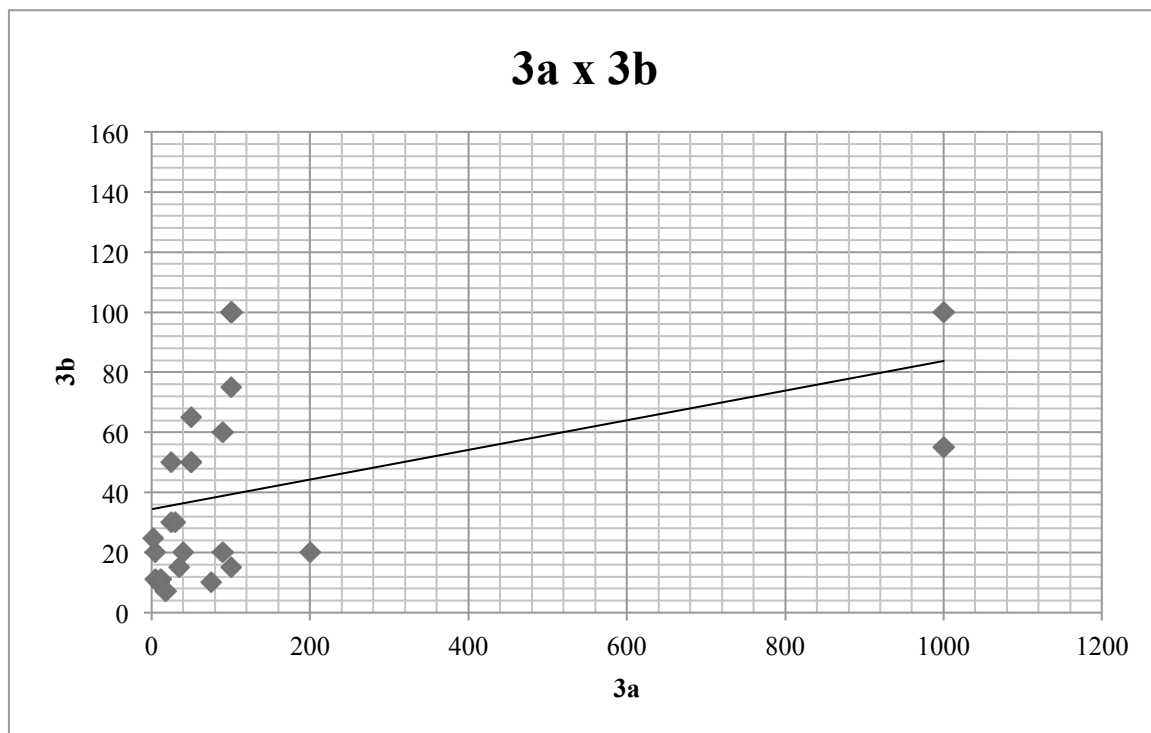
Tabell 4.19 viser svarfordelingen på spørsmål 1 gruppert etter svar på spørsmål 4. Se vedlegg 7 og delkapitler 4.4 og 4.6 for mer informasjon om spørsmål 1 og spørsmål 4. Ettersom begge tilstandene på spørsmål 4 var alvorlige, velger jeg “alternativ A” å redde liv som den alvorligste. Kun “klart konsistente” og “en viss konsistente” svar er inkludert. Her var det forventet at de som valgte “alternativ A” ville ha rangert gruppe A mer enn 10 B på spørsmål 4.

Tabell 4.19 Svarfordeling for spørsmål 1 gruppert etter svar på spørsmål 4

	Usikker	0-9	10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	101-	Sum
Alternativ A			1	1	1	1	0					2	2	8
Alternativ B		1											2	3
Fordele likt		1	1	1	2	2	1			2		1	7	18
Sum		2	2	2	3	3	1			2		3	11	29

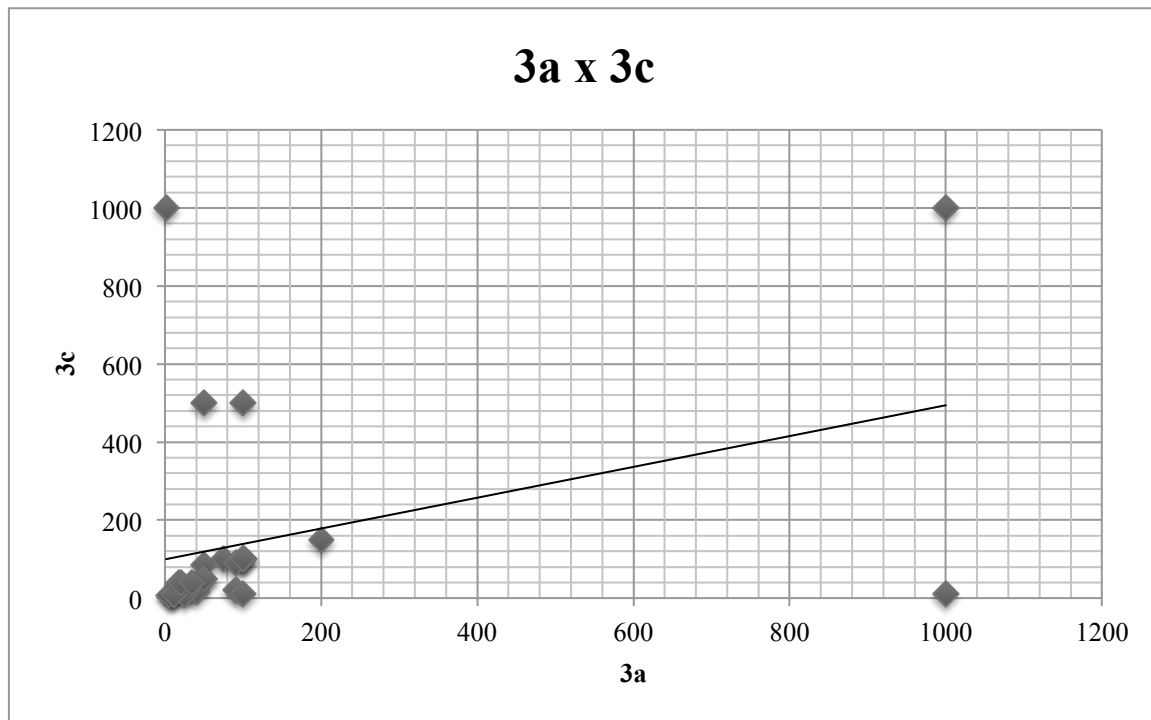
4.7.5 Spørsmål 3a mot 3b

Figur 4.2 Punktdiagram 3a x 3b



4.7.6 Spørsmål 3a mot 3c

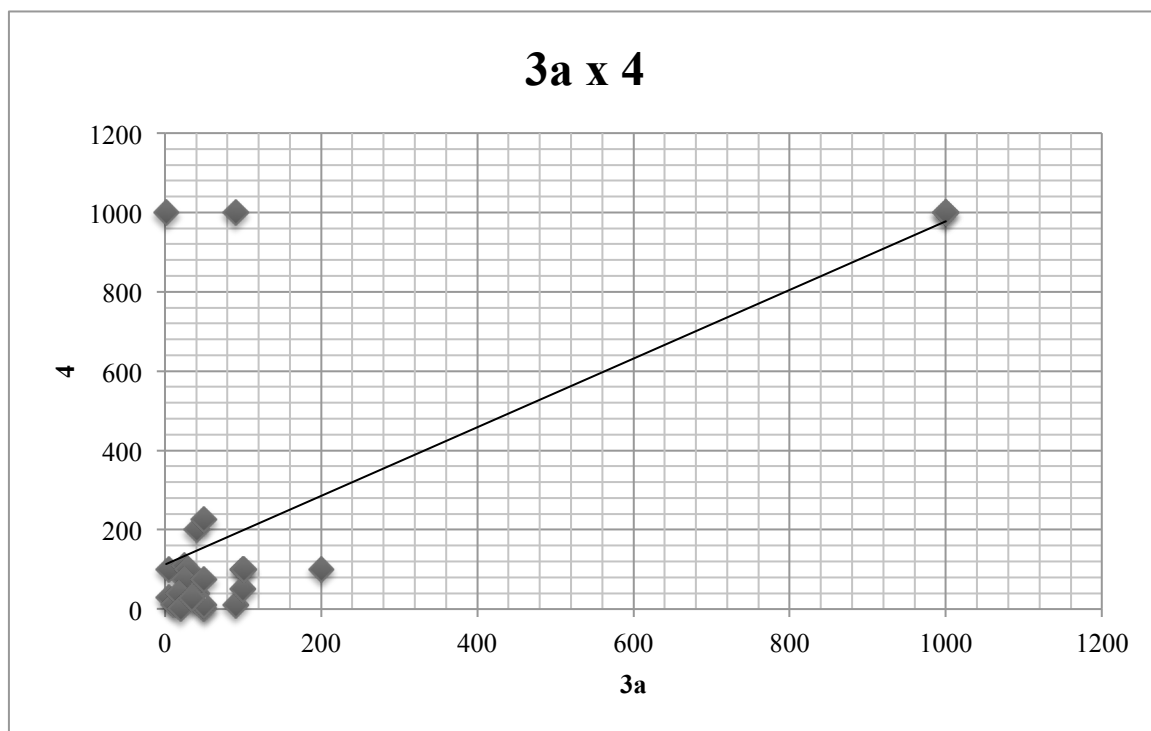
Figur 4.3 Punktdiagram 3a x 3c



Pearson r for figur 4.3 ble beregnet til å være 0,37 noe som indikerer en moderat korrelasjon mellom 3a og 3c.

4.7.7 Spørsmål 3a mot 4

Figur 4.4 Punktdiagramm 3a x 4



Pearson r for graf 4.4 ble beregnet til å være 0,66 noe som indikerer en moderat korrelasjon mellom svarene på spørsmål 3a og 4.

5 Diskusjon

Legemiddeløkonomiske analyser som gjøres av Statens legemiddelverk i forbindelse med forhåndsrefusjon for legemidler (blåreseptordningen) baseres på en avveining mellom tilstanders alvorlighetsgrad, nytten av tiltak og tiltakenes kostnader. Nytteten av tiltak beregnes i kvalitetsjusterte leveår (QALYs), kostnader i kroner, mens alvorlighetsgraden tas med i betraktningen som et uformelt tilleggsmoment i en samlet vurdering. Det finnes en metode for veiing av gevinster etter tilstanders alvorlighetsgrad som kalles for kostnads-verdi-analyse. I stedet for helsetilstandsverdier fra QALY for livsforbedringer, anvendes det et alternativt sett av helsetilstandsverdier hvor forbedringer får tillagt større verdi jo dårligere pasienten er. I en slik analyse vektlegges helseforbedringer større verdi jo alvorligere pasientens tilstand er i utgangspunktet.

Forskere i helseøkonomi, fagpersoner og beslutningstakere i helsevesenet føler at det er et behov å styrke det empiriske grunnlaget for slike alternative verdier. Formålet med denne masteroppgaven er å bidra til å utvide datagrunnlaget for å gi et sikrere anslag for alternative verdier etter tilstanders alvorlighetsgrad.

Materialet til masteroppgaven består av intervjuer med standardisert spørreskjema og kommentarer av 43 medlemmer og varamedlemmer av Helse og sosialkomiteen i Oslo kommune, Helse og omsorgsutvalget i Lørenskog kommune og medlemmer av Helse og sosialkomiteen i seks ulike bydeler i Oslo deriblant bydel Alna, bydel Grünerløkka, bydel Nordre Aker, bydel Vestre Aker, bydel Sagene og bydel St. Hanshaugen. Utvalget er et bekvemmelighetsutvalg og gir seg ikke ut for å være statistisk representativt for en større befolkningsgruppe. Det kan imidlertid være et nyttig bidrag til videre debatt å se hva et utvalg av folkevalgte helsepolitikere mener om alvorlighetsspørsmålet. Denne oppgaven skulle kun inkludere medlemmer og varamedlemmer av helse og sosialutvalg i et par-tre større kommunestyre. På grunn av geografiske og kollektive utfordringer ble undersøkelsen gjennomført kun blant Oslo Kommune og Lørenskog Kommune.

Medlemmer av Helse og sosialkomiteer fra bydeler i Oslo ble inkludert ettersom deres bakgrunn og forståelse av helsepolitikken var relevant for denne undersøkelsen.

Spørsmålene gikk fra det svært generelle til det mer og mer konkrete. På det innledende generelle spørsmålet var det et klart flertall for prioritering til de med ”størst behandlingseffekt” på 58 %, 33 % valgte å prioritere de ”alvorligst syke” og de resterende på 9 % ga begge gruppene samme prioritet.

Svarfordelingen på spørsmål 1, som var mer konkret, er imidlertid motsatt enn på det innledende spørsmålet. Her valgte 49 % ”å fordele likt”, mens 35 % valgte å prioritere den ”alvorligste syke” gruppen A. Bare 16 % valgte å prioritere gruppen med ”størst behandlingseffekt”.

På spørsmål 2 det var kun to valg, her prioriterte flesteparten med en prosentandel på 53 % å prioritere ”mest til B” (størst behandlingseffekt), mens 47 % prioriterte ”fordele likt”.

Spørsmålene 3a-c og 4 er enda mer konkrete. Her viser svarene på spørsmålenes del 1 at flesteparten av subjektene prioriterer gruppen med alvorligere helseproblem (X) framfor den med minst alvorlige problemer (Y), ved likt antall personer. En andel på 72 % (3a og 3c), 74 % (4) og 79 % (3b) prioriterte gruppen med alvorligere helseproblem. Ved valget mellom ulik antall personer 10 X og 100 Y til samme behandlingskostnad valgte flesteparten å prioritere gruppen med det minst alvorlige helseproblem (Y).

På spørsmålene om antallsekvivalens ble styrken av subjektene opptatthet av alvorlighetsgrad målt. Medianverdien for antall Y som anses like ekvivalent med 10 X for hele utvalget ligger mellom 20-50, og for konsistente svar ligger den mellom 25-75 (tabell 4.15). Medianverdien for spørsmål 3a og 3c er 50 og for spørsmål 3b er den på 20 og 25 for konsistente svar. Medianverdien på spørsmål 3b var lavere enn for de andre antallsekvivalenssvarene. Det kommer trolig av at subjektene ikke anså en vesentlig stor forskjell mellom den alvorlige helsetilstanden (X) og den mindre alvorlige helsetilstanden (Y). Ettersom det var lite forskjell mellom tilstandene (X 5-4 og Y 4-3), og at en forbedring på tilstand X ville gjøre det på lik nivå med Y, anså flere personer tilstand X dobbel så mer verdt enn Y.

På spørsmål 4 er medianen på 75 for konsistente svar og 50 for hele utvalget. Her var medianen høyere enn for de andre antallsekvivalenssvarene. Det kommer trolig av at forskjellen mellom situasjon X og Y var mellom liv og død. Flere personer begrunnet det

høye valget med at død er det verste utgangspunktet og det å redde liv er det viktigste som kan gjøres i helsevesenet.

Det er få statistisk signifikante forskjeller mellom subgruppene (utvalg/komite, kjønn, alder, utdanning, verv og partitilhørighet). Det kan komme av at materialet til denne studien ikke er stort nok. I det følgende kommenterer jeg de få forskjellene som var statistisk signifikante.

Høyrepolitikere valgte ”størst behandlingseffekt” i større grad enn Fremskrittspartiets politikere på det innledende spørsmålet. Den statistiske forskjellen er på 2,11 standardfeil (som er signifikant på 0,05 nivå). Høyrepolitikere hadde begrunnelsen at man må prioritere gruppen hvor man får størst effekt av de ressursene man bruker, mer helse per krone, mens Fremskrittspartiets politikere ville hjelpe de *”alvorligst syke, ettersom de hadde det verst og trengte mer hjelp*. Det var viktigere for dem *”å prioritere de hardest rammede slik at de blir friske, enn de med småplager og forbedre deres helse ytterligere”*. Også på spørsmål 1 hadde politikere fra Fremskrittspartiet signifikant høyere preferanse for den gruppen som er alvorligst syk eller har det verst i utgangspunktet. Den statistiske forskjellen er på 2,49 standardfeil (som er signifikant på 0,05 nivå). De kvalitative svarene understøtter dette. Fremskrittspartiets politikere påpekte ofte at kostnader burde ikke være en begrensning, staten kan dekke utgiftene. Dette kan begrunnes til dels med Fremskrittspartiets politiske meninger som kommer frem i deres partiprogram. Hvor de står at alvorlige syke personer som ikke får hjelp av offentlige sykehus skal få hjelp fra private sykehus på statens regning, og blant annet kan helsekøer reduseres ved å ta i bruk private sykehus i Norge eller i utlandet. [31]

Personer med høyere utdanning (høyskole/universitetet) svarte oftere ”mest til B” (størst behandlingseffekt) enn personer med utdanning fra videregående skole. En forklaring kan være at personer som har høy utdanning, har færre helseproblemer og lavere dødelighet enn de med lavere utdanning, og dermed legger større vekt på størst behandlingseffekt [32], mens den andre gruppen heller vil fordele ressursene likt. Denne fordelingen ble ofte begrunnet med likebehandlingsprinsippet. På spørsmål 2 var dette statistisk signifikant. Den statistiske forskjellen er på 2,75 standardfeil (som er signifikant på 0,05 nivå).

Det er verdt å merke seg at det er flere personer med utdanning fra høyskolen/universitetet enn personer med utdanning fra videregående skole i denne studien. Det er kun en person har sin høyeste utdanning fra grunnskolen.

Også på spørsmål 2 var andelen høyrepolitikere som hadde preferanse for ”mest til B” større enn andelen i Fremskrittspartiet. Begrunnelsene var de samme som ovenfor.

Det var ingen nevneverdige statistisk signifikans mellom subgruppene på svarene fra spørsmål 3a-c og 4.

Sett under ett tyder svarfordelingene i undersøkelsen på betydelig vektlegging av alvorlighet. Det er imidlertid nødvendig å vurdere mulige feilkilder i undersøkelsen.

En mulighet er at spørsmålene var ledende. Spørsmålene har imidlertid vært brukt tidligere og er ikke blitt kritisert for dette (Nord, 1993; 1995). En annen mulighet er at spørsmål ikke ble godt nok forstått av subjektene. I favør av undersøkelsen taler det at det ble utført personlige intervjuer av subjektene hvor subjektene fylte ut et standardisert spørreskjema.

Spørreskjemaer med lukkede spørsmål er den dominerende metoden ved å samle inn primærdata ved kvantitative tilnærminger [33]. Men en ulempe med spørreundersøkelser er at man ikke kan hente tilleggsopplysninger. Ettersom det ble gjort personlig intervjuer i denne studien var det mulighet for å hente noen tilleggsopplysninger og kommentarer. Samt var det muligheter for å oppklare misforståelser. En annen ulempe med en slik kombinasjon av personlige intervju og utfylling av skjemaer er at det kan være tidskrevende.

I dette tilfellet var spørsmålene brukt i tidligere undersøkelser uten at vesentlige problemer var framkommet (Nord, 1993; 1995). Subjektene fylte selv ut spørreskjemaet, men spørsmål til oppklaring ble besvart, og subjektens svar, kommentarer og tanker ble notert. Ut ifra tilbakemeldingene og besvarelsene fra deltakerne kan man likevel ikke utelukke at noen av deltakerne misforstod spørsmålene og måten det skulle besvares på, eller at de ble usikre da de skulle utfylle skjemaet.

Det var få problemer for subjektene å forstå det innledende spørsmålet, spørsmål 1 og spørsmål 2. Det var noen personer som etterlyste mer bakgrunnsinformasjon for å besvare det innledende spørsmålet, spørsmål 1 og spørsmål 2. Flere av deltakerne trengte en detaljert forklaring på hvordan spørsmål 3a-c og spørsmål 4 skulle besvares. Det ble brukt noe tid på å forklare mekanismen for disse oppgavene og hva som mentes med de ulike helseforbedrings nivåene samt hva ekvivalens gikk ut på.

Problemer med forståelse kom til uttrykk ved at det forekom en god del inkonsistente svar. På spørsmål 3a-c og spørsmål 4 ble det funnet i 21 % inkonsistens av totale svar, og totalt 17 av svarene med en andel på ca. 10 % kunne ikke bedømmes med henhold til konsistens. Man kunne tenke seg at inkonsistensraten skulle minke etter hvert nye spørsmål, men andelen inkonsistente svar økte fra 18,6 % på spørsmål 3a til 23,25 % på spørsmål 4. Det som ofte går igjen på spørsmål 3a-c og 4 (vedlegg 7) er at subjekter som valgte å prioritere den alvorligste syke (X) gruppen på begge delspørsmål, valgte å oppgi et tall som var lavere enn 100 på ekvivalensspørsmålet. Et annet tilfelle som ble sett var at personer som prioriterte den alvorligste syke gruppen på det første delspørsmålet (10 X eller 10 Y) og deretter valgte den mindre alvorlige (100 Y) på ulik antall tilfeller, oppga et høyere tall enn 100 på ekvivalensspørsmålet. Det tredje tilfellet var at subjekter som valgte å prioritere den mindre alvorlige gruppen (Y) på begge delspørsmål, oppga et høyere tall enn 10 på ekvivalensspørsmålet. Alle disse tre tilfellene var direkte inkonsistente svar, se 4.6.4 for nærmere informasjon.

Noen av subjektenes svar hadde en svak inkonsistens, men de var konsistente nok til å fortelle om subjektenes preferanser. Disse svarene ble kategorisert som ”en viss konsistens”, se 4.6.4. 18 % av svarene ble kategorisert som ”en viss konsistens”. Det var slik at enkelte subjekter var usikre på en av delspørsmålene, eller at de prioriterte den alvorligste gruppen mer enn den minst alvorlige og deretter satte 10 X likeverdig med 100 Y på ekvivalensspørsmålet. Et annet tilfelle som ble observert var at subjekter valgte å prioritere den minst alvorlige gruppen (10 Y og 100 Y) og deretter oppga lik ekvivalens (10 Y) mellom den alvorlige og den minst alvorlige gruppen. Den tredje og den mest vanlige tilfellen var at subjekter svarte enten usikker på det første delspørsmålet eller på det andre, og deretter oppga et tall på ekvivalensspørsmålet som var større eller lik 100 Y (dersom de prioriterte X), eller 10 Y eller mindre enn 100 Y (dersom de prioriterte Y).

En andel på ca. 10 % av subjektenes svar kunne ikke bedømmes med henhold til konsistens. Dette skyldtes usikkerhet og til dels problemer med å prioritere hos subjektene. Det var noen tilfeller hvor subjekter fant det vanskelig å sette tall på ekvivalensspørsmålet selv om subjektene hadde prioritert den alvorlige gruppen (X) eller den mindre alvorlige gruppen (Y). Den vanligste begrunnelsen var at det ble sett på som et ”et etisk problem” å sette tall på to ulike sykdomsgrupper. Et annet usikkerhetsmoment var at noen subjekter ønsket ikke å

prioritere mellom gruppene. De anså begge sykdomsgruppene likeverdige og derfor valgte de å velge ”usikker”.

En tredje mulig feilkilde er intervjueffekten eller kontrolleffekten. Selv om jeg brukte en instruks (vedlegg 6) kan man ikke utelukke at min tilstedeværelse eller min metode kan ha påvirket intervjuresultatet. Det kan også være slik at informanten svarer det han/hun tror intervjueren ønsker å vite, informanten svarer det han/hun tror er allment akseptert, skjuler uvitenhet eller prøver å gjøre et godt inntrykk. [21]

Det kan videre ha forekommet feil ved registrering av respons. Intervjueren kan ikke få med seg alt. Han/hun kan være uoppmerksom, sliten og så videre. Førsteintrykk eller sisteinntrykk kan slå ut, andre ting kan være intervjueren sine innstillinger eller rene tilfeldigheter. [21]

Det som styrker påliteligheten av data er at informantene fylte ut sine spørreskjemaer, mens jeg også noterte ned svarene deres på et annet spørreskjema og en annen skrivebok. Deretter ble all data overført elektronisk til Microsoft Word og Excel. Databehandlingen ble gjort med et statistikkprogram (Microsoft Excel).

En fjerde feilkilde er usikkerhet og misforståelser (som nevnt ovenfor). Dette kan man se på svarene som ble oppgitt på delspørsmålene til spørsmål 3a-3c og 4, hvor det var en del subjekter som besvarte ”usikker”. Ettersom flere av de fant det vanskelig og ubehagelig å prioritere mellom to syke grupper. Dermed så unngikk de å velge mellom en av dem og på en viss grad anså begge gruppene likeverdige eller at de så det etisk vanskelig å velge mellom to onder. Samt var det usikkerhet på ekvivalensspørsmålene og generelt.

Reliabiliteten av subjektene vektlegging av alvorlighet belyses ved å studere sammenhengene mellom svar på ulike spørsmål om samme grunntema. Med reliabilitet menes det forskningsresultatets konsistens og troverdighet [34]. Jeg krysstabulerte det innledende spørsmålet mot spørsmål 1 (tabell 4.16), spørsmål 1 mot spørsmål 2 (tabell 4.17), spørsmål 1 mot spørsmål 3a (tabell 4.18) og spørsmål 1 mot spørsmål 4 (tabell 4.19).

Det var forventet at subjektene skulle besvare spørsmålene etter sin preferanse for prioritering på det innledende spørsmålet, enten prioritere ”alvorligst syke”, ”størst behandlingseffekt” eller ”fordele likt”. Dersom noen prioriterte ”alvorligst syke” var det forventet at han/hun

skulle prioritere de ”alvorligste syke” på de neste spørsmålene, enn ”størst behandlingseffekt”. Det samme for de som valgte ”størst behandlingseffekt” eller ”fordele likt”.

Svarfordelingen for det innledende spørsmålet etter svar på spørsmål 1 (tabell 4.16) viser oss at kun 9 av 14 personer som prioriterte ”alvorligst syke” valgte å prioritere ”alternativ A” (alvorligst syke). De som prioriterte ”størst behandlingseffekt”, så var det kun 5 av 25 subjekter som valgte å prioritere ”alternativ B” (størst behandlingseffekt).

Det var to svarkombinasjoner som ikke overensstemte med påliteligheten og var direkte avvik. Det var to tilfeller hvor subjekter valgte ”alvorligst syke” på det innledende spørsmålet og ”størst behandlingseffekt” (alternativ B) på spørsmål 1. Mens den andre tilfellen som ble sett var at fire subjekter som prioriterte de med ”størst behandlingseffekt” på det innledende spørsmålet valgte å prioritere alternativ A ”alvorligst syke”.

Avvikene kan skyldes at subjektene var enten usikre eller misforsto spørsmålene. En av subjektene var usikker på det innledende spørsmålet, men valgte allikevel å prioritere ”alvorligst syke” og ”alternativ B” på spørsmål 1. En forklaring kan være at subjektene fikk vite mer bakgrunnsinformasjon på spørsmål 1 og deretter valgte ut ifra de forutsetningene som var beskrevet på spørsmål 1.

Svarfordelingen på spørsmål 1 er motsatt enn det innledende spørsmålet. Flere personer prioriterte å fordele likt enn størst behandlingseffekt. Det kan komme av at det innledende spørsmålet var kun et generelt spørsmål, mens spørsmål 1 var mer forklarende spørsmål. Flere av subjektene var usikre og mente at de trengte flere detaljer for å svare på det innledende spørsmålet.

Flere av de anså alvorlighet og behandlingseffekt ulikt, men teksten på spørsmål 1 gjorde det enklere for de å besvare det.

Svarfordelingen for spørsmål 1 etter svar på spørsmål 2 (tabell 4.17) viser oss at 7 av 23 subjekter som valgte ”mest til B” valgte ”alternativ B” (størst behandlingseffekt), og 12 av 21 subjekter valgte ”å fordele likt” på begge spørsmålene. Her var det fire svartilfeller som var inkonsistente. Det var 9 subjekter som prioriterte ”mest til B” (størst behandlingseffekt) med

alternativ A (alvorligst syke), 6 tilfeller som valgte ”mest til B” med ”fordele likt”, 7 tilfeller av alternativ A med fordele likt og 2 tilfeller av fordele likt med alternativ B, se 4.7.2.

Svarfordelingene for spørsmål 1 med spørsmål 3a (tabell 4.18), viser oss styrken av subjektene opptatthet av alvorlighetsgrad.

Av preferansene til subjektene kan vi se at flertallet mente at antall tilfeller av Y (minst alvorlig) måtte være dobbel så stor (20) for at det skulle oppveie hverandre. Det samme kan vi se på tabell 4.19. Flertallet av subjektene mente at det må være langt flere av personer av B for at det skal oppveie pasienter behandlet i A. Ekvivalenssvarene på spørsmål 4 visste oss at flertallet anså ”døden” som det verste tilfellet og oppga et ekvivalenstall (median 75) som var høyere enn de andre ekvivalensverdiene (medianverdiene).

Figur 4.2-4.4 som ble presentert på resultatkapittelet, viser oss korrelasjonen mellom spørsmål 3a i forhold til 3b, 3c og 4. Det viser oss at det er en moderat grad av korrelasjon mellom ekvivalenstallene som ble valgt. I forhold til spørsmål 3a x 3b og 3a x 3c var det sterkere korrelasjon mellom ekvivalenssvarene å spørsmål 3a x 4. Helhetlig kan vi si at det er en grei samsvar mellom svarfordelingene på ekvivalensspørsmålene Dette indikerer på at svarene var forholdsvis pålitelige.

I sum er det lite som tyder på at det var skjevheter i måten spørsmål i undersøkelsen ble stilt på. På den annen side viser studien at spørsmål av den typen som ble stilt ikke er lette å svare på. Det gjelder særlig antallsekvivalensspørsmål, som mange finner krevende.

Vanskelighetene gir seg utslag i moderat sammenheng mellom svar på ulike spørsmål om samme grunntema og en god del inkonsistente svar på antallsekvivalensspørsmålene. Når dette er sagt, svarte 69 % av utvalget rimelig konsistent også på disse spørsmålene, og blant disse var vektleggingen av alvorlighet – målt ved mediane ekvivalenstall for det mindre alvorlige Y i forhold til det mer alvorlige X – klar. Den kan summeres opp slik, når man har som bakgrunn at 7-trinnsskalaen brukt til å illustrere helseforbedringene i spørsmål 3a-c er vist å ha noenlunde like store trinn ut i fra en individuell nyttebetraktning (Nord, 2012) [35]:

Et tilfelle hjulpet fra nivå 7 til 4 ble vurdert som likeverdig med 5 tilfeller hjulpet fra nivå 4 til nivå 1.

Ett tilfelle hjulpet fra nivå 5 til 4 ble vurdert som likeverdig med 2,5 tilfeller hjulpet fra nivå 4 til nivå 3.

Ett tilfelle hjulpet fra nivå 6 til 5 ble vurdert som likeverdig med 5 tilfeller hjulpet fra nivå 3 til nivå 2.

Ett tilfelle av unngått død ble vurdert som likeverdig med å unngå 7,5 tilfeller av nivå 5. [35]

Disse resultatene kan sammenliknes med tidligere resultater publisert på grunnlag av tilsvarende spørsmål stilt i andre utvalg. I Nord, 1996, ble det foreslått alternative helsetilstandsverdier til de som konvensjonelt brukes i QALY-beregninger [36].

De alternative verdiene skulle fange opp vektlegging av alvorlighet og så slik ut for de 7 nivåene brukt i den herværende undersøkelsen [36]:

1	1.00
2	0.999
3	0.99
4	0.92
5	0.80
6	0.65
7	0.40
8	0.00

Tabellen på neste side viser antallsekvivalenstill implisert av disse helsetilstandsverdiene for de parvise sammenlikningene gjort i den herværende undersøkelsen, og de antallsekvivalenstillene jeg observerte blant de som svarte rimelig konsistent.

	Nord, 1996	Herværende undersøkelse
Nivå 7 -> 4 vs 4 -> 1	6	5
Nivå 5 -> 4 vs 4 -> 3	2,5	1,7
Nivå 6 -> 5 vs 3 -> 2	15	5
Unngå nivå 8 vs nivå 5	5	7,5

Vi ser at det er rimelig godt samsvar. Det største avviket gjelder sammenlikningen 6->5 vs 3->2. Forklaringen er at i de estimerte verdiene fra 1996 var nivå 2 og nivå 3 plassert svært tett opp under 1. I seinere analyser er disse estimatene justert ned til 0.995 og 0.98 (Nord, 2011) [37]. Det gir en antallsekvivalens på 10 (i stedet for 15) mellom 6->5 og 3->2.

5.1 Begrensninger ved studien

Det er viktig å nevne noen begrensninger og svakheter ved denne studien. Utvalget av subjekter er noe mindre enn det som var planlagt og det som kunne vært oppnådd. Man kunne ha intervjuet flere medlemmer og varamedlemmer av helse og sosialutvalgene/komiteene i andre kommuner og bydeler, men på grunn av arbeidsomfang, tidsbegrensninger og geografiske hindringer ble totalt 46 subjekter intervjuet som ble senere begrenset til 43 subjekter. En annen årsak for at utvalget ble noe begrenset er at enkelte medlemmer og varamedlemmer unnlot å delta i spørreundersøkelsen, selv om de hadde gitt lovnader om å være med per e-post og telefon. Det var planlagt å få intervjuet 50 personer eller mer.

En annen mulig svakhet er forskjellen på kunnskapsnivået til subjektene fra de ulike utvalgene. Subjekter fra kommunestyrene Oslo og Lørenskog hadde bedre bakgrunnskunnskap og forståelse av helsepolitikken i Norge enn medlemmer av Helse og sosialkomiteene i Oslos bydeler. Det var et større utvalg, men det var flere usikre og inkonsistente svar blant de. I senere studier vil jeg anbefale kun medlemmer fra flere store kommunestyrer (gjerne 4-5) og ikke av medlemmer ved de ulike helse og sosialkomiteene i Oslos bydeler.

6 Konklusjon

Målet med denne studien har vært å skaffe data for å gi et sikrere anslag for alternative helsetilstandsverdier hvor forbedringer får større verdi, jo dårligere pasienten har det i utgangspunktet. Ved hjelp av antallsekvivalensmetoden (person-trade-off) har man målt styrken av subjektene opptatthet av alvorlighetsgrad. Dette har man gjort ved å se på subjektene preferanser for å prioritere de alvorligste syke framfor de mindre alvorlig syke.

Svarfordelingen fra denne studien viser oss en betydelig vektlegging av alvorlighetsgrad ved prioritering i helsevesenet. Hovedfunnene på antallsekvivalensspørsmålene (person-trade-off) viser oss vektleggingen av alvorlighet målt ved median ekvivalenstall, for den mer alvorlige i forhold til den mindre alvorlige tilstanden. Resultatene fra de generelle spørsmålene viser flertall for prioritering til de med størst behandlingseffekt eller å fordele likt.

Studien viser oss at spørsmålene som ble stilt ikke er lette å svare på, men i sum er det lite som tyder på skjevheter i måten spørsmålene ble stilt på. Subjektene fant antallsekvivalensspørsmålene krevende og det ble funnet en god del inkonsistente svar. Men det er viktig å påpeke at 69 % av utvalget svarte konsistent på disse spørsmålene, og blant disse var vektleggingen av tilstanden med størst alvorlighetsgrad sterkere enn den andre. Utregnede helsetilstandsverdier fra denne studien viser rimelig god samsvar med tidligere studier.

Undersøkelsen som ble gjort har en del svakheter, men resultatene gir et godt bilde av preferanser for vektleggingen av alvorlighetsgrad ved prioriteringer. Dette gir en god indikasjon på at utvalget verdsetter helseforbedringer større jo alvorligere tilstanden er i utgangspunktet.

Denne studien viser oss også at antallsekvivalensmetoden (person-trade-off) kan være en krevende metode å bruke. I en slik metode trengs det et større utvalg av subjekter for å minke feil, avvik og andre misforståelser på et lavt og et akseptabelt nivå

Litteraturliste

1. omsorgsdepartementet, H.o. *Prioritering på ny (NOU 1997:18)*. 1997 [cited 2013 09.09.13]; Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18.html?id=140956>
2. omsorgsdepartementet, H.o. *Piller, prioritering og politikk (NOU 1997:7)*. 2013 09.09.13]; Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-7/6.html?id=140773>.
3. Sosialdepartementet, *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste in NOU 1987:231987*. p. Kapittel 7.
4. Helsedirektoratet. *Prioriteringer i helsesektoren Verdigrunnlag, status og utfordringer*. 2012 [cited 2013 09.09.13]; Available from: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringer-i-helsesektoren/Publikasjoner/prioriteringer-i-helsesektoren.pdf>.
5. Nord, E. *Priority to the worse off: Severity of current illness versus shortfall in life time health*. 2010 29.10.13]; Available from: <http://www.eriknord.no/research/severityversuslife.htm>.
6. Helsedirektoratet. *Veileder i økonomisk evaluering av helsetiltak*. 2012 [cited 2013 09.11.13]; Available from: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/okonomisk-evaluering-av-helsetiltak--en-veileder/Publikasjoner/IS-1985.pdf>.
7. omsorgsdepartementet, H.-o. *OFFENTLIG UTVALG FOR VURDERING AV PRIORITERINGER I HELSESEKTOREN-MANDAT*
 . 2013 [cited 2013 09.11.13]; Available from: http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Mandat_regjeringen.pdf.
8. Nord, E. *Quality-adjusted life years*. 2012.
9. Nord, E., *Økonomisk evaluering av helsetiltak: Teori, praksis og spørsmål om verdier*. Et helsevesen uten grenser, ed. K.O. Haug. 2009, Oslo: Cappelen akademiske forlag
10. Drummond, M., et al., , *Methods for economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press, 2005. 3.
11. Haug, K., Olsen, Erik Nord *Et helsevesen uten grenser*. Teori praksis og spørsmål om verdier (tilpasset for farmasistudenter 28.02.2011). . 2009.
12. Nord, E., N. Daniels & M. Kamlet, , *QALYs: Some Challenges*. Value in health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 2009: p. 10-15.
13. Nord, E., *Towards Cost-Value Analysis in Health Care?* Kluwer Academic Publishers, 1999.
14. Nord, E. *Brev til redaktøren: Ikke uklart om alvorlighetsgrad*. 2013 04.10.13]; Available from: <http://tidsskriftet.no/article/2978868/>.
15. Nord, E., *Concerns for the worse off: fair innings versus severity*. Social Science & Medicine, 2004. 60(2): p. 257-263.
16. Føllesdal, A. *Bør prioritering av helsetiltak baseres på pliktetikk eller nytteetikk?* 2003 [cited 2013 09.11.13]; Available from: <http://tidsskriftet.no/article/903800>.
17. Department of Health, S., Services and Public Safety. *A new value-based approach to the pricing of branded medicines*. 2010 [cited 2013 10.11.13]; Available from: <http://www.dhsspsni.gov.uk/mecineconsultation.pdf>.

18. van de Wetering, E.J., et al., *Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall*. Eur J Health Econ, 2013. **14**(1): p. 107-115.
19. Nord, E., *Health state values from multiattribute utility instruments need correction*. Ann med, 2001. **33**(5): p. 371-4.
20. Borge, O.M., *Legemiddelverkets praktisering av helseøkonomiske metoder ved behandling av refusjonssøknader 2001-2009*, in *Farmasøytisk Institutt* 2011, Universitetet i Oslo: Oslo. p. 34-37.
21. Larsen, A.K., *En enklere metode veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. 2010, Bergen: Fagbokforlaget. 27,47 105-106.
22. bystyret, O. *Om komiteen > Helse og sosialkomiteen*. 2013 04.06.13]; Available from: http://www.bystyret.oslo.kommune.no/helse_og_sosialkomiteen/om_komiteen/.
23. kommune, L. *Administrativ omorganisering av Lørenskog kommune 1.juli 2011*. 2013 08.06.13]; Available from: <https://http://www.lorenskog.kommune.no/artikkel.aspx?MIId1=6&AId=3041&Back=1&Print=1>
24. kommune, L. *Helse og omsorg i Lørenskog kommune*. 2013 08.06.13]; Available from: <https://http://www.lorenskog.kommune.no/tjenester/helse/>.
25. Oslosurf. *Bydeler i Oslo*. 2013 08.06.13]; Available from: <http://www.oslosurf.com/Guider/Service tilbud/Bydeler/>.
26. leksikon, S.n. *Oslo*. 2013; Available from: <http://www.http://snl.no/Oslo>.
27. datatjeneste, N.s. *Personombudet for forskning - Må prosjektet meldes inn*. 2013 10.07.13]; Available from: <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/>.
28. komiteer, F. *Forskningsetisk bibliotek – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. 2013 10.07.13]; Available from: <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Forskningsetiske-enheter/Regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/>.
29. Notatene.no. *Økonomi og administrasjon – Metode og statistikk*. 2013 02.11.13]; Available from: <http://notatene.no/?p=799>.
30. Students, S.H.F. *What are Pearson's r and scatterplots?* 2013 02.11.13]; Available from: http://statistics-help-for-students.com/What_are_Pearsons_r_and_scatterplots.htm - .UnWRzZRvwjG.
31. Fremskrittspartiet. *Helse og eldreomsorg*. 2013; Available from: <http://www.frp.no/nor/mener/En-enklere-hverdag/Helse-og-eldreomsorg>.
32. Helsedirektoratet. *Utdanning og helseulikheter problemstillinger og forskningsfunn*. 2008 [cited 2013; Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utdanning-og-helseulikheter/Publikasjoner/utdanning-og-helseulikheter.pdf>.
33. Granå, K.E. *METODER FOR DATAINNSAMLING*. 2006 15.02.2006 06.11.13]; Available from: <http://home.hio.no/~kjell/dokumenter/datainnsmetoder.doc>.
34. Kvale, S.o.B., Svend, *Det kvalitative forskningsintervju 2.utgave*. 2012, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2012.
35. Nord, E., *Measuring concerns for severity: Re-examination of a health scale with purported equal interval properties*. . Health Policy 2012, 2012: p. 312-316.
36. Nord, E., *Veiledende verditall for prioritering i helsevesenet*. Tidsskriftet for norsk legeforening, 1996: p. 3246-3249.
37. Nord, E., *Betalingsvillighet for helsetjenester Notat (upublisert)*, 2011.

Vedlegg 1

E-post til den som skulle hjelpe med kontaktopplysninger:

Kjære (mottaker),

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjennomføre en intervjuundersøkelse om prioritering i helsevesenet. Invitasjonen skal sendes helsepolitikere i din kommune og et par andre kommuner. Prosjektleder er seniorforsker og professor Erik Nord.

Bakgrunnen er prioriteringsprinsippene for helsevesenet som Stortinget har vedtatt. I følge disse skal et tiltaks prioritet bestemmes ut fra helseproblemets alvorlighetsgrad, hvor stor nytte det er av tiltaket og hva det koster. Helsedirektoratet og Legemiddelverket tar sikte på å utarbeide nærmere retningslinjer for hvor mye alvorlighetsgrad og nytte skal veie i forhold til hverandre. Gjennom intervjuundersøkelsen ønsker Folkehelseinstituttet å bidra med data om folkevalgte syn på dette spørsmålet.

Vi viser til nærmere redegjørelse i vedlagte brev.

Jeg trenger kontaktinformasjon for de folkevalgte politikere som sitter i Helse og Sosial Komiteen slik at jeg kan få utført denne undersøkelsen.

Vennlig hilsen,

Mohammad Amer Ali

Mobil: XX XX XX XX

E-post: xx / xx

Vedlegg 2

E-post til intervjuobjektene:

Kjære (mottaker),

Nasjonalt folkehelseinstitutt vil med dette invitere deg til å delta i en intervjuundersøkelse om prioritering i helsevesenet. Invitasjonen sendes helsepolitikere i din bydel og et par andre bydeler. Prosjektleder er seniorforsker og professor Erik Nord.

Bakgrunnen er prioriteringsprinsippene for helsevesenet som Stortinget har vedtatt. I følge disse skal et tiltaks prioritet bestemmes ut fra helseproblemets alvorlighetsgrad, hvor stor nytte det er av tiltaket og hva det koster. Helsedirektoratet og Legemiddelverket tar sikte på å utarbeide nærmere retningslinjer for hvor mye alvorlighetsgrad og nytte skal veie i forhold til hverandre. Gjennom intervjuundersøkelsen ønsker Folkehelseinstituttet å bidra med data om folkevalgtes syn på dette spørsmålet.

Vi viser til nærmere redegjørelse i vedlagte brev.

Jeg tillater meg å ringe deg om et par dager i håp om å kunne avtale et intervju, eller at du svarer på denne mailen.

Vennlig hilsen

Mohammad Amer Ali

Mobil: xx xx xx xx

E-post: xx / xx

Vedlegg 3

E-post til intervjuobjektene ved kommunene:

Kjære (mottaker),

Nasjonalt folkehelseinstitutt vil med dette invitere deg til å delta i en intervjuundersøkelse om prioritering i helsevesenet. Invitasjonen sendes helsepolitikere i din kommune og et par andre kommuner. Prosjektleder er seniorforsker og professor Erik Nord.

Bakgrunnen er prioriteringsprinsippene for helsevesenet som Stortinget har vedtatt. I følge disse skal et tiltaks prioritet bestemmes ut fra helseproblemets alvorlighetsgrad, hvor stor nytte det er av tiltaket og hva det koster. Helsedirektoratet og Legemiddelverket tar sikte på å utarbeide nærmere retningslinjer for hvor mye alvorlighetsgrad og nytte skal veie i forhold til hverandre. Gjennom intervjuundersøkelsen ønsker Folkehelseinstituttet å bidra med data om folkevalgtes syn på dette spørsmålet.

Vi viser til nærmere redegjørelse i vedlagte brev.

Jeg tillater meg å ringe deg om et par dager i håp om å kunne avtale et intervju, eller at du svarer på denne mailen.

Vennlig hilsen

Mohammad Amer Ali

Mobil: xx xx xx xx

E-post: xx / xx

Vedlegg 4

E-post til intervjuobjektene ved bydelene:

Kjære (mottaker),

Nasjonalt folkehelseinstitutt vil med dette invitere deg til å delta i en intervjuundersøkelse om prioritering i helsevesenet. Invitasjonen sendes helsepolitikere i din bydel og et par andre bydeler. Prosjektleder er seniorforsker og professor Erik Nord.

Bakgrunnen er prioriteringsprinsippene for helsevesenet som Stortinget har vedtatt. I følge disse skal et tiltaks prioritet bestemmes ut fra helseproblemets alvorlighetsgrad, hvor stor nytte det er av tiltaket og hva det koster. Helsedirektoratet og Legemiddelverket tar sikte på å utarbeide nærmere retningslinjer for hvor mye alvorlighetsgrad og nytte skal veie i forhold til hverandre. Gjennom intervjuundersøkelsen ønsker Folkehelseinstituttet å bidra med data om folkevalgtes syn på dette spørsmålet.

Vi viser til nærmere redegjørelse i vedlagte brev.

Jeg tillater meg å ringe deg om et par dager i håp om å kunne avtale et intervju, eller at du svarer på denne mailen.

Vennlig hilsen

Mohammad Amer Ali

Mobil: xx xx xx xx

E-post: xx / xx

Vedlegg 5

Invitasjonsbrev til deltakerne av undersøkelsen:



Til helsepolitikere i noen utvalgte kommuner

Deres ref:
Vår ref:
Dato: *Feb.* 2013

Din mening om et prioriteringsspørsmål i helsevesenet

Nasjonalt folkehelseinstitutt vil med dette invitere deg til å delta i en intervjuundersøkelse om prioritering i helsevesenet. Invitasjonen sendes helsepolitikere i din kommune og et par andre kommuner.

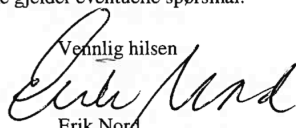
Bakgrunnen er prioriteringsprinsippene for helsevesenet som Stortinget har vedtatt. I følge disse skal et tiltaks prioritet bestemmes ut fra helseproblemets alvorlighetsgrad, hvor stor nytte det er av tiltaket og hva det koster. Helsedirektoratet og Legemiddelverket tar sikte på å utarbeide nærmere retningslinjer for hvor mye alvorlighetsgrad og nytte skal veie i forhold til hverandre. Gjennom intervjuundersøkelsen ønsker Folkehelseinstituttet å bidra med data om folkevalgte syn på dette spørsmålet.

I intervjuet stilles det først noen prinsipielle spørsmål. Deretter blir intervjupersonen bedt om å rangere tiltak for ulike pasientgrupper, der alvorlighetsgrad, nytte og antall berørte personer varierer. Intervjuet vil ta ca 20 minutter. Det gjennomføres på intervjupersonens arbeidsplass eller på annet passende sted i kommunen (eventuelt hjemme). Intervjuer vil være Mohammad Ameer Ali, som er student ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo. Han skal bruke resultatene i en masteroppgave i legemiddeløkonomi.

I resultatpresentasjon, både i masteroppgaven og i en etterfølgende rapport fra Folkehelseinstituttet, vil alle svar være anonymisert.

Ali vil kontakte deg om kort tid. Hvis du er villig til å delta i undersøkelsen, kan du avtale sted og tid direkte med ham.

Vi håper at du finner dette interessant. Svar på dette brevet kan gjerne sendes per e-post til undertegnede. Det samme gjelder eventuelle spørsmål.

Vennlig hilsen

Erik Nord
Seniorforsker ved Nasjonalt
folkehelseinstitutt og
Professor ved Universitetet i Oslo.
Tlf.: 95753201, e-post:
erik.nord@fhi.no

Nasjonalt folkehelseinstitutt Marcus Thranes gate 6 folkehelseinstituttet@fhi.no Divisjon for psykisk helse
Postboks 4404 Nydalen Tlf: 21 07 81 00 www.fhi.no
0403 OSLO Faks: 21 07 81 01 NO 983 744 516 Saksbeh.: Kari Voll, 21 07 82 53

Vedlegg 6

Instruks for intervjuer om alvorlighetsgrad versus nytte.

Etter å ha kommet på plass:

OK, det handler altså om prioritering, og problemstillingen er følgende: I følge Stortinget skal man ved prioriteringer i helsevesenet vektlegge helseproblemenes alvorlighetsgrad, hvor stor nytte det er av tiltak og hva tiltak koster. Helsedirektoratet og Legemiddelverket tar sikte på å utarbeide nærmere retningslinjer for hvor mye alvorlighetsgrad og nytte skal veie i forhold til hverandre. Gjennom denne undersøkelsen ønsker Folkehelseinstituttet å bidra med data om folkevalgtes syn på spørsmålet.

Først vil jeg gjerne vite hva du tenker generelt om problemstillingen. Hvilke grupper synes du man bør prioritere - de som er alvorligst syke, eller de som behandlingseffektene er størst for?

NOTER HOVEDINNHOLDET I SVARET.

Ok. Nå kan du lese spørsmål 1 på dette arket og prøve å svare på det. Du kan gjerne tenke høyt, så jeg skjønner hvordan du tenker.

NOTER HØYTTENKNING.

Etter at svar er avgitt, kan du spørre “hvordan vil du begrunne det?” hvis det ikke allerede er framkommet gjennom høyttenkingen.

NOTER BEGRUNNELSE.

Nå kan du ta spørsmål 2. Tenk gjerne høyt.

NOTER HØYTTENKNING / BEGRUNNELSE.

Legg fram neste ark (spørsmål 3a).

Nå kommer det en litt vanskeligere problemstilling. Ta deg tid så du er sikker på at du forstår. Spør hvis det er noe. Tenk gjerne høyt når du kommer til selve spørsmålene.

NOTER HØYTTENKNING / BEGRUNNELSE.

Legg fram neste ark (spørsmål 3b).

Her er samme spørsmål, men med andre forbedringer. Ta deg god tid, og tenk gjerne høyt.

NOTER HØYTTENKNING / BEGRUNNELSE.

Legg fram neste ark (spørsmål 3c).

Her er samme spørsmål igjen, men med andre forbedringer. Ta deg tid, og tenk gjerne høyt.

Legg fram neste ark (spørsmål 4).

Nå kommer det siste spørsmålet. Ta deg tid så du er sikker på at du forstår. Spør hvis det er noe. Tenk gjerne høyt når du kommer til selve spørsmålene.

NOTER HØYTTENKNING / BEGRUNNELSE.

Vedlegg 7

Spørreskjema:

Spørsmål 1

Tenk deg at A er en sykdom som gir *alvorlige plager*. Behandling kan gjøre pasientene *noe bedre*.

B er en like vanlig sykdom som gir *moderate plager*. Behandling kan gjøre pasientene *vesentlig bedre*.

Behandlingen koster det samme i begge tilfeller.

Det er for liten behandlingskapasitet på begge områder, og det blir foreslått å øke bevilgningene noe. Man kan da tenke seg tre ulike holdninger:

☐ Det meste av økningen bør gå til B, fordi der er behandlingseffekten størst.

☐ Det meste av økningen bør gå til A, fordi disse pasientene har det verst i

utgangspunktet

☐ Økningen bør fordeles noenlunde likt mellom de to pasientgruppene.

Hvilken av disse tre holdningene er du mest enig i? Sett kryss i én av boksene.

Spørsmål 2

Tenk deg to sykdommer A og B. De rammer like mange mennesker og gir *like alvorlige plager*.

Behandling kan gjøre pasienter med sykdom A *noe bedre*.

Behandling kan gjøre pasienter med sykdom B *vesentlig bedre*.

Behandlingen koster det samme i begge tilfeller.

Det er for liten behandlingsskapasitet på begge områder, og det blir foreslått å øke bevilgningene noe. Man kan da tenke seg to ulike holdninger:



Det meste av økningen bør gå til B, fordi der er behandlingseffekten størst, dvs at der får man mest helse per krone.



Økningen bør fordeles noenlunde likt mellom de to pasientgruppene, fordi de har like alvorlige plager og den samme rett til å bli hjulpet.

Hvilken av disse to holdningene er du mest enig i? Sett kryss i én av boksene.

Spørsmål 3a

Vi vil igjen spørre deg om hvordan du vektlegger alvorlighetsgrad og behandlingseffekt i forhold til hverandre. Tenk deg at du skal være med på å velge mellom to prosjekter. I det ene prosjektet vil man øke behandlingskapasiteten for pasientgruppe X, i det andre for pasientgruppe Y. Pasientgruppene er like store. Pasientene er i begge tilfeller i slutten av 60-årene. Pilene nedenfor viser for hvert av prosjektene hva slags helseforbedring pasientene vil få. I begge tilfeller er det snakk om å øke behandlingskapasiteten med 10 pasienter per måned.

Helseforbedring

X	Y
	1. Kan gå uten problemer
	2. Kan bevege seg ubesværet overalt, men har problemer med å gå mer enn en kilometer.
	3. Beveger seg uten problemer i hjemmet, men har besvær med å bevege seg ute og i trapper.
	4. Beveger seg med besvær i hjemmet. Må ha hjelp ute og i trapper.
	5. Kan sitte. Må ha hjelp til å bevege seg – både i hjemmet og utenfor.
	6. Delvis sengeliggende. Kan sitte deler av dagen i en stol hvis hjulpet opp av andre.
	7. Helt sengeliggende.
X	Y

Begge prosjektene vil koste samfunnet netto 1 million kroner. Det er da tatt hensyn både til direkte behandlingskostnader og til innsparinger for det offentlige i form av reduserte utgifter til sykepenge, pleie, hjemmehjelp osv. Pga høy alder er tilbakeføring til arbeid ikke aktuelt.

Hvis du må velge (mellom 10 av X og 10 av Y), hvilket av de to prosjektene vil du støtte?

10 X 10 Y Usikker (Sett ring rundt ett svaralternativ.)

Hva hvis man til samme kostnad (1 million kr) kan behandle enten 10 av X eller 100 av Y? Hvilket prosjekt vil du da prioritere?

10 X 100 Y Usikker (Sett ring rundt ett svaralternativ.)

Ved hvilket antall av Y synes du de to prosjektene er like støtteverdige?


Svar: 10 X er likeverdig med Y. (Angi eventuelt et intervall.)

Spørsmål 3b

Vi vil igjen spørre deg om hvordan du vektlegger alvorlighetsgrad og behandlingseffekt i forhold til hverandre. Tenk deg at du skal være med på å velge mellom to prosjekter. I det ene prosjektet vil man øke behandlingskapasiteten for pasientgruppe X, i det andre for pasientgruppe Y. Pasientgruppene er like store. Pasientene er i begge tilfeller i slutten av 60-årene. Pilene nedenfor viser for hvert av prosjektene hva slags helseforbedring pasientene vil få. I begge tilfeller er det snakk om å øke behandlingskapasiteten med 10 pasienter per måned.

Helseforbedring

X Y

- 
1. Kan gå uten problemer
 2. Kan bevege seg ubesværet overalt, men har problemer med å gå mer enn en kilometer.
 3. Beveger seg uten problemer i hjemmet, men har besvær med å bevege seg ute og i trapper.
 4. Beveger seg med besvær i hjemmet. Må ha hjelp ute og i trapper.
 5. Kan sitte. Må ha hjelp til å bevege seg – både i hjemmet og utenfor.
 6. Delvis sengeliggende. Kan sitte deler av dagen i en stol hvis hjulpet opp av andre.
 7. Helt sengeliggende.

X Y

Begge prosjektene vil koste samfunnet netto 1 million kroner. Det er da tatt hensyn både til direkte behandlingskostnader og til innsparinger for det offentlige i form av reduserte utgifter til sykepenge, pleie, hjemmehjelp osv. Pga høy alder er tilbakeføring til arbeid ikke aktuelt.

Hvis du må velge (mellom 10 av X og 10 av Y), hvilket av de to prosjektene vil du støtte?

10 X 10 Y Usikker (Sett ring rundt ett svaralternativ.)

Hva hvis man til samme kostnad (1 million kr) kan behandle enten 10 av X eller 100 av Y? Hvilket prosjekt vil du da prioritere?

10 X 100 Y Usikker (Sett ring rundt ett svaralternativ.)

Ved hvilket antall av Y synes du de to prosjektene er like støtteverdige?

Svar: 10 X er likeverdig med Y. (Angi eventuelt et intervall.)

Spørsmål 3c

Vi vil igjen spørre deg om hvordan du vektlegger alvorlighetsgrad og behandlingseffekt i forhold til hverandre. Tenk deg at du skal være med på å velge mellom to prosjekter. I det ene prosjektet vil man øke behandlingskapasiteten for pasientgruppe X, i det andre for pasientgruppe Y. Pasientgruppene er like store. Pasientene er i begge tilfeller i slutten av 60-årene. Pilene nedenfor viser for hvert av prosjektene hva slags helseforbedring pasientene vil få. I begge tilfeller er det snakk om å øke behandlingskapasiteten med 10 pasienter per måned.

Helseforbedring

X Y

- | | | |
|---|----|---|
| | 1. | Kan gå uten problemer |
| | 2. | Kan bevege seg ubesværet overalt, men har problemer med å gå mer enn en kilometer. |
| ↑ | 3. | Beveger seg uten problemer i hjemmet, men har besvær med å bevege seg ute og i trapper. |
| | 4. | Beveger seg med besvær i hjemmet. Må ha hjelp ute og i trapper. |
| ↑ | 5. | Kan sitte. Må ha hjelp til å bevege seg – både i hjemmet og utenfor. |
| | 6. | Delvis sengeliggende. Kan sitte deler av dagen i en stol hvis hjulpet opp av andre. |
| | 7. | Helt sengeliggende. |

X Y

Begge prosjektene vil koste samfunnet netto 1 million kroner. Det er da tatt hensyn både til direkte behandlingskostnader og til innsparinger for det offentlige i form av reduserte utgifter til sykepenge, pleie, hjemmehjelp osv. Pga høy alder er tilbakeføring til arbeid ikke aktuelt.

Hvis du må velge (mellom 10 av X og 10 av Y), hvilket av de to prosjektene vil du støtte?

10 X 10 Y Usikker (Sett ring rundt ett svaralternativ.)

Hva hvis man til samme kostnad (1 million kr) kan behandle enten 10 av X eller 100 av Y? Hvilket prosjekt vil du da prioritere?

10 X 100 Y Usikker (Sett ring rundt ett svaralternativ.)

Ved hvilket antall av Y synes du de to prosjektene er like støtteverdige?

Svar: 10 X er likeverdig med Y. (Angi eventuelt et intervall.)

Spørsmål 4

Vi er interessert i hvilken vekt du legger på det å redde liv i forhold til det å avverge kronisk sykdom og funksjonshemming.

Igjen skal du være med på å velge mellom to prosjekter. Hvert av dem gjelder opprettelse av en spesialenhet ved Rikshospitalet. Hver av enhetene vil rette seg mot en gruppe pasienter som har en sjelden og svært alvorlig sykdom og som i dag er uten behandlingstilbud.

Spesialenhet A vil rette seg mot en pasientgruppe som i dag dør kort etter at sykdommen deres inntreffer. Enheten vil redde livet til slike pasienter og gjøre dem helt friske.

Spesialenhet B vil rette seg mot en pasientgruppe som i dag blir sterkt bevegelseshemmet kort etter at sykdommen deres inntreffer. De kan sitte, men de må ha hjelp til å bevege seg – både i hjemmet og ute. Uten hurtig behandling forblir de i denne tilstanden resten av livet.

Spesialenhet B vil gjøre slike pasienter helt friske under forutsetning av at de behandles straks sykdommen inntreffer.

Begge enhetene forventes å dekke et behov på 10 pasienter i året.

Pasientene i begge grupper er ca 65-70 år gamle. Det er ingen forskjell på de to pasientgruppene når det gjelder kjønn.

De to enhetene vil begge koste samfunnet netto 10 millioner kroner i året. Det er da tatt hensyn både til direkte behandlingskostnader og til innsparinger for det offentlige i form av reduserte utgifter til sykepenge, pleie, hjemmehjelp osv.

Det er budsjettmidler til bare én av enhetene. Hvilken vil du prioritere?

A B Usikker (Sett ring rundt ett av svarene.)

Hva hvis A forventes å behandle 10 pasienter i året, mens B for samme beløp (10 mill kr) forventes å behandle 100 pasienter i året. Hvilken vil du da prioritere?

A B Usikker (Sett ring rundt ett av svarene.)

Gitt at A vil behandle 10 pasienter i året, ved hvilket antall pasienter i enhet B synes du at de to enhetene vil være like støtteverdige?

Svar: 10 pasienter behandlet i A er likeverdig med pasienter behandlet i B.
(Angi eventuelt et intervall.)

Bakgrunnsinformasjon:

Kjønn: Mann ☐ Kvinne ☐

Alder: _____ år

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Grunnskolen/folkeskolen	
Videregående/gymnaset	
Høgskolen/Universitetet	
Annet/Ønsker ikke å oppgi:	

Bydel: _____

Partitilhørighet: _____

Plass i helse/sosial/omsorgs-komiteen: Medlem ☐ Varamedlem ☐
Annet (spesifiser): _____

Tidsbruk på å besvare spørsmålene: _____